



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

Factores asociados a inicio temprano de la lactancia materna mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S. La Flor de la Red de Salud Túpac Amaru

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud
Pública

AUTOR

Haydee Milagros CALLATA VALLADARES

ASESOR

Maribel GIL CONDE

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Callata H. Factores asociados a inicio temprano de la lactancia materna mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S. La Flor de la Red de Salud Túpac Amaru [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : CALLATA VALLADARES HAYDEE MILAGROS

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "FACTORES ASOCIADOS A INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA MIXTA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES EN EL C.S. LA FLOR DE LA RED DE SALUD TUPAC AMARU.

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

Lima, 02 de febrero de 2017

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

DIECISIETE (17)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Postgrado

Mg. MARIA F. QUIROZ VASQUEZ
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora (e)

MG. TULA ESPINOZA MORENO

LIC.ESP. EVA BERRIOS PACHECO



Mary

**FACTORES ASOCIADOS A INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA
MATERNA MIXTA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6
MESES EN EL C.S. LA FLOR DE LA RED DE
SALUD TUPAC AMARU**

Doy gracias a Dios todo poderoso, que con su infinita misericordia me guía con su luz, y me dio sabiduría para culminar el presente trabajo de investigación.

A mis padres y hermana quienes con su nobleza, amor incondicional, dedicación, esfuerzo y ternura; son mi motor del día al día, brindándome su apoyo en todo momento para el logro de mis objetivos.

Agradezco a las Licenciadas en Enfermería que me apoyaron incondicionalmente en cada paso de avance en este trabajo, y que con su paciencia, colaboración y conocimientos permitieron culminar este trabajo satisfactoriamente.

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
RESUMEN	VIII
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática.....	3
1.2. Formulación del Problema.....	7
1.3. Justificación.....	7
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. Objetivo General.....	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
1.5. Propósito.....	8
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes.....	10
2.2. Base Teórica.....	16
2.3. Definición Operacional de Términos.....	39
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación.....	41
3.2. Lugar y población de estudio.....	41
3.3. Unidad de Análisis, Muestra y Muestreo.....	42
3.4. Criterios de Selección	
3.4.1. Criterios de Inclusión.....	42
3.4.2. Criterios de Exclusión.....	43
3.5. Técnica e Instrumento de Recolección de datos.....	43
3.6. Procedimientos de Análisis e Interpretación de la Información.....	43
3.7. Consideraciones Éticas.....	44
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados.....	45
4.2. Discusión.....	52
CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	55
5.2. Limitaciones.....	56
5.3. Recomendaciones.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Factores asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C. S. La Flor, Lima-Perú 2014	46
2	Factores individuales asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C. S. La Flor, Lima-Perú 2014	47
3	Factores sociales asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C. S. La Flor, Lima-Perú 2014	48
4	Factores familiares asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C. S. La Flor, Lima-Perú 2014	49
5	Factores laborales asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C. S. La Flor, Lima-Perú 2014	50
6	Factores económicos asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C. S. La Flor, Lima-Perú 2014	51

RESUMEN

AUTOR : HAYDEE MILAGROS CALLATA VALLADARES.

ASESOR : MARIBEL GIL CONDE.

Objetivo. Determinar los factores asociados al Inicio Temprano de la Lactancia Mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S “La Flor” de la Red de Salud Túpac Amaru, Lima - 2015. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformado por 70 usuarios. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (70), 77.1% (54) presentan como factor predominante al factor social, seguido por el factor individual con 71.4% (50), un 38.6% (27) también influye el factor familiar, dejando al final a los factores económicos con un 21.4% (15) y al laboral con un 100% (10) pero solo trabajaban 17 personas. El indicador de mayor predominio dentro del factor individual es la producción inadecuada de leche según la madre con un 71.4% (50) de la muestra. En el factor social predomina el área académico no superior 77.1% (54). En el factor laboral el de mayor prioridad con un 100% (10) presentan un tiempo laboral mayor a 8 horas, y en el factor familiar con el 38.6% (27) es influenciada por creencias de un familiar cercano. **Conclusiones.** El mayor porcentaje de los usuarios presenta como factor predominante de influencia al factor social, priorizando en este la producción inadecuada de leche según la madre. Esto seguido por el factor individual y el factor familiar.

PALABRAS CLAVES: Factores, Lactancia Mixta, Madres de menores de 6 meses.

ABSTRACT

AUTHOR : HAYDEE MILAGROS CALLATA VALLADARES.

ADVISORY : MARIBEL GIL CONDE.

Objective. To determine the factors associated with the Early Start of Mixed Breastfeeding in children under 6 months in the C.S “La Flor” of Tupac Amaru Health Network, Lima - 2015. **Material and Method.** This study was of application level, quantitative type, descriptive cross - sectional method. The population consisted of 70 users. The technique was survey and the instrument a questionnaire type form and after the informed consent. **Results.** Of the 100% (70), 77.1% (54) have a predominant factor to the social factor, followed by the individuals factor with 71.4% (50), 38.6% (27) also influences family factor, leaving in the end factors economics with 21.4% (15) and work with 100% (10) but only 17 people worked. The indicator of greater predominance to the individual factor is inadequate milk production according to the mother with 71.4% (50) of the sample. In the social factor, the academic area does not superior 77.1% (54). In the labor factor, the highest priority with 100% (10) have a working time greater than 8 hours, and in the family factor with 38.6% (27) is influenced by beliefs of a close relative. **Conclusions.** The highest percentage of users present as a predominant factor influencing the social factor, giving priority to inadequate milk production according to the mother. This is followed by the individual factor and the family factor.

KEY WORDS: Factors, Mixed Breastfeeding, Mothers of children under 6 months.

PRESENTACION

Es de consenso universal que la práctica de la lactancia materna es fundamental e importante para el crecimiento y desarrollo adecuados en el niño, tanto para su salud física y psicológica. Ninguna fórmula alimenticia artificial es capaz de sustituir la leche materna en calidad, nutriente e inmunidad contra las enfermedades.

En el año 2002, la OMS y el UNICEF, desarrollaron la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, para revitalizar la atención mundial hacia el impacto que tienen las prácticas de alimentación en el estado nutricional, crecimiento, desarrollo, salud y supervivencia de los lactantes y niños pequeños. Esta estrategia se fundamenta en las conclusiones y recomendaciones de las consultas a expertos, que dieron como resultado recomendaciones para la audiencia pública, orientadas a proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y proveer alimentos complementarios seguros y apropiados desde los seis meses, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

Pese a ello, muchos niños no son alimentados de la manera recomendada. Muchas madres, que iniciaron la lactancia materna satisfactoriamente, con frecuencia comienzan la alimentación complementaria suspendiendo la lactancia materna pocas semanas después del parto. Esto provoca la malnutrición, que es un problema creciente en muchos países.

Hoy en día existe gran interés por la recuperación de la lactancia materna en la alimentación del lactante en todos los ámbitos sociales, culturales y económicos. Además las recomendaciones internacionales abogan por la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y

complementada con otros alimentos hasta los 2 años. Los profesionales de la salud en nuestro país que se encuentran vinculados a esta actividad, deben ser los encargados de promover este acto de amor, tanto a las futuras madres como al personal en formación para lograr su generalización y aplicación en la población infantil.

El estudio titulado “Factores asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S. La Flor de la Red de Salud Túpac Amaru”, tuvo como objetivo determinar los factores asociados al Inicio Temprano de la Lactancia Materna Mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C S La Flor, con el propósito de brindar información a la institución y a su personal para poder así diseñar e implementar un programa de educación continua dirigida a las madres de familia gestantes y puérperas, poniendo énfasis en la sensibilización sobre la importancia de la LME hasta los 6 meses.

El presente estudio consta de; Capítulo I. Introducción, en el que se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, Capítulo II. Marco Teórico, que presenta los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que incluye, nivel, tipo y método; área de estudio, población y muestra; técnica e instrumento; procedimiento para el análisis e interpretación de la información; y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultado y discusión. Capítulo V. Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA

El ser humano es un mamífero y como tal, la mujer posee una fisiología y una anatomía que se relacionan con el dar de mamar. En los mamíferos la vida del recién nacido depende de la capacidad de su madre para amamantarlo, siendo la lactancia esencial para completar el proceso de la reproducción y asegurar la supervivencia de la especie. El ser humano es la única especie que ha intentado reemplazar esta función determinando como consecuencia un mayor riesgo del niño de enfermar y morir.¹

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) describe la leche materna como “la primera inmunización del bebé que ayuda a prevenir contra diarrea, otitis, infecciones pulmonares y otros problemas de salud.”² Varios estudios indican los beneficios físicos, mentales y emocionales que la lactancia trae a los niños.³ Además, estudios conducidos en todo el mundo demuestran que existe una miríada de beneficios asociados con la lactancia.⁴ Para los niños, eso significa una inmunidad más fuerte que disminuye el riesgo de contraer otras enfermedades. Estudios poblacionales con mayores tasas de éxito respecto a la lactancia han mostrado menores tasas de morbilidad y mortalidad infantil, disminución de las tasas de enfermedades crónicas (ej. cáncer, diabetes, obesidad, etc.) y mejora en el desarrollo cognitivo.⁵

La UNICEF estima que el abandono de la lactancia materna es un factor importante en las muertes de por lo menos 1 millón de niños al año en el mundo; muchos más sobreviven a pesar de no ser

amamantados, pero sufren deficiencias en su desarrollo y crecimiento.⁶ El riesgo de morir en los primeros meses de vida, cuando el niño es alimentado artificialmente, es de 3 a 5 veces mayor que los alimentados correctamente con leche materna.⁷

El Ministerio de Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida de los bebés porque reduce los riesgos de que sufran diarrea o infecciones respiratorias. La lactancia materna proporciona, como no lo hace ningún otro medio, el alimento y la nutrición que mejor convienen al crecimiento sano y al desarrollo de los lactantes. Del mismo modo, recomienda que la alimentación complementaria se inicie a los seis meses de edad, porque las/os niñas/os necesitan de otros alimentos, además de la leche materna, para cubrir sus necesidades nutricionales. También mantener la lactancia materna después de los seis meses porque continúa siendo una importante fuente de nutrientes, especialmente cuando las madres siguen dando de lactar mientras ofrecen otros alimentos.⁸

Durante el siglo pasado, las tasas de lactancia disminuyeron drásticamente en todo el mundo, especialmente en los países desarrollados. Aunque desde los años 90 existe una tendencia hacia la mejora de las tasas de lactancia en muchas regiones del mundo además de la difusión de los beneficios ya descritos, en la actualidad muchas madres prefieren la alimentación artificial y aunque se logra que comiencen a lactar durante el ingreso en el hospital, con frecuencia al llegar al hogar dejan de lactar a sus niños en forma prematura.⁹

A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva ¹⁰, y en América Latina, más del 60% de los lactantes no son alimentados

exclusivamente con leche materna durante el primer semestre de vida, como recomienda la OPS/OMS.¹¹

Si se amamantara a todos los niños del mundo, cada año se podrían salvar unas 220.000 vidas. Un análisis reciente de estudios llevados a cabo en Ghana, India y Perú muestra que los lactantes no alimentados al pecho tenían diez veces más probabilidades de morir que los que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo.¹²

En Perú, la tasa de lactancia natural exclusiva aumentó espectacularmente durante la década de los noventa, de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en el 2000, gracias al esfuerzo desplegado a nivel nacional para capacitar a los trabajadores sanitarios y poner en práctica la iniciativa de hospitales amigos del Niño de la OMS y UNICEF, que certifica el apoyo de los centros de salud a la lactancia materna. En consecuencia, la tasa de Perú está muy por encima de la mundial, pero en los últimos años los progresos se han frenado (2012: 67,5%). En algunas zonas, sobre todo en las ciudades, hay indicios de una tendencia a la baja.¹³

Actualmente, poco más de la mitad de los niños nacidos en Perú (55%) empiezan a tomar el pecho en la primera hora de vida. Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas, y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo. Esto puede parecer sorprendente, ya que en los países de ingresos altos la situación suele ser la inversa: las madres con más ingresos y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño.¹⁴

El amplio abandono de la L.M. es una característica del siglo XX, según Mead y Newton, Winikoff y Cols, parece ser que influyen más los factores culturales que las capacidades biológicas de las mujeres al

igual que factores socioeconómicos y familiares. Ysunsu menciona que la escolaridad y la ubicación de las familias lactantes guardan relación con el mantenimiento de la Lactancia Materna.

En el año 2012, en el Centro de Salud La Flor, solo 250 menores completaron su alimentación de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Así mismo cuando las madres ingresan al servicio de CRED y refieren ya no brindar solo leche materna a su niño si no haberle introducido otros alimentos, se le pregunta el porqué de la decisión, a lo que las madres usualmente responden con múltiples frases como “tenía poca leche”, “ya tenía que empezar a trabajar”, “soy sola y no tengo quien me apoye”, “mi suegra me dijo que tenía que darle otras comidas para que sea más fuerte”, “mi bebe lloraba porque tenía sed”, entre otras.

Luego del análisis surgen diversas interrogantes como: ¿Será acaso que no se está preparando a la madre para una lactancia materna exclusiva exitosa? ¿Los factores maternos, laborales, económicos y familiares estarán originando un inicio temprano de la lactancia mixta dentro de la jurisdicción del CS La Flor?

Teniendo en cuenta las razones ya mencionadas y evidenciando como afectan las consecuencias negativas a nuestra población infantil, se ve la necesidad de realizar este trabajo de investigación para así poder contribuir al adecuado crecimiento y desarrollo del infante en la jurisdicción del Centro de Salud “La Flor”, enfocándose en la madre que es el pilar para el cuidado optimo y adecuada calidad de vida del niño(a) y mejorando así el cuidado profesional de enfermería en esta área.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

En razón a lo anteriormente expuesto se creyó conveniente investigar sobre:

¿Cuáles son los Factores asociados a Inicio Temprano de la Lactancia Materna Mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C S La Flor de la Red de Salud Túpac Amaru?

1.3. JUSTIFICACION

Es importante realizar la presente investigación por la problemática actual que se tiene en nuestro país respecto a la Lactancia Materna exclusiva (LME), la cual teniendo tantos beneficios para el niño(a) como para la madre e incluso para la familia y comunidad, se deja de lado por parte de la población inclusive hasta por parte del personal de salud que no está concientizado ni se ve involucrado en el tema.

Así mismo, al identificar los factores asociados al inicio temprano de la lactancia mixta dentro de esta población, se podrá conocer la realidad sobre el impacto de la información sobre la importancia de la LME referidas por las madres que se encuentran dentro de esta jurisdicción, para así intervenir en la comunidad con estrategias orientadas a reducir o modificar conductas maternas inadecuadas al momento de la lactancia e igualmente influenciar en el cambio de pensamientos negativos para la continuidad de la LME hasta los 6 meses de edad, contribuyendo así a la mejora de la salud de las madres que dan de lactar y de los niños(a) lactantes, generando cambios a nivel institucional e incrementando las coberturas de la lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses, lo cual mejorara la calidad de la atención de enfermería en el Centro de Salud “La Flor” .

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados a Inicio Temprano de la Lactancia Materna Mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C S La Flor de la Red de Salud Túpac Amaru.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores individuales asociados al inicio temprano de la Lactancia Mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S. La Flor.
- Identificar los factores sociales asociados al inicio temprano de la Lactancia Mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S. La Flor.
- Identificar los factores laborales asociados al inicio temprano de la Lactancia Mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S. La Flor.
- Identificar los factores económicos asociados al inicio temprano de la Lactancia Mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S. La Flor.
- Identificar los factores familiares asociados al inicio temprano de la Lactancia Mixta en niños y niñas menores de 6 meses en el C.S. La Flor.

1.5. PROPOSITO

Los resultados del estudio están orientados a brindar información a las autoridades de la Red de Salud Túpac Amaru, así como a los responsables de la Etapa Vida Niño y prioritariamente a los profesionales de enfermería que realizan la atención a las madres con

niños recién nacidos y durante su infancia enfatizando al profesional del C.S. La Flor; para poder así diseñar e implementar un programa de educación continua dirigida a las madres de familia gestantes y puérperas, poniendo énfasis en la sensibilización sobre la importancia de la LME hasta los 6 meses, incentivando conductas maternas adecuadas como por ejemplo la alimentación antes y después del embarazo, técnicas de amamantamiento, protección laboral legal de la madre lactante, ayudando así a disminuir el porcentaje de madres que inicien tempranamente lactancia mixta en el establecimiento de salud.

Para esto también es necesaria la capacitación continua del personal de salud sobre el tema para actualizar sus conocimientos y así poder fomentar con mayor énfasis la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño(a).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Luego de revisar los antecedentes sobre el estudio tanto a nivel nacional como internacional, se han encontrado algunos estudios relacionados al tema de la presentación. Así se tiene:

A nivel nacional

Navarro C. Marilia, Quispe LI. Melisa, Silva M. José Antonio (2012), realizaron un estudio “Factores sociales y culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez EsSalud y el Hospital Regional Docente de Ica”, en Perú, cuyo objetivo era determinar los factores sociales y culturales más influyentes en el abandono de la LME en madres que acuden al Servicio de CRED en el HFTG y el HRDI. Fue un estudio de tipo descriptivo, correlacional, comparativo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 243 madres del HRDI y 160 madres del HFTG cuyos lactantes oscilaron entre 1 y 6 meses de edad que acudieron al servicio de CRED. Se realizó entrevista a cada madre. Las conclusiones entre otros fueron:

“El porcentaje de abandono total de LME es de 32,3%. Los factores sociales más influyentes fueron la ocupación y el no contar con facilidades para dar de lactar en el centro laboral. Las creencias más influyentes fueron “si tomo bebidas heladas no puedo dar de lactar” y “si como menestras es motivo para no dar de lactar”. ”¹⁵

Tejada Aguirre Catherine Milagros (2001), realizó un estudio “Factores que condicionan el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva” en Perú, cuyo objetivo fue conocer cuáles son los factores que condicionan el incumplimiento de la LME en las Madres de los Comités del Programa Vaso de Leche del Distrito de Chilca de abril a junio del año 2001. El tipo de estudio fue prospectivo, descriptivo. La muestra para el estudio estuvo conformada por 133 mujeres que tenían por lo menos un hijo menor de un año. Tuvo como instrumento un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los factores que condicionan el incumplimiento de la LME en las madres de los comités del programa de Vaso de Leche del Distrito de Chilca son: Falta de Orientación acerca de la Lactancia Materna Exclusiva, falta del control prenatal y la posible deficiencia del control prenatal.”¹⁶

Cairo Lavado Javier (2000), realizó un estudio “Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y factores asociados en niños nacidos sanos” en Perú, cuyo objetivo fue determinar si existió relación entre características maternas, prácticas hospitalarias y pérdida de peso neonatal con el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta 6 meses en los niños nacidos sanos en el Centro Médico Naval en 1998. Se revisó las historias clínicas de los niños nacidos en 1998 (muestra 109 niños), evaluando si existió relación entre el mantenimiento de la LME hasta 6 meses y la edad y paridad de la madre, la jerarquía militar del familiar miembro de la institución, sexo del lactante, pérdida de peso neonatal, consumo de agua glucosada y fórmula durante la hospitalización y período neonatal. Las conclusiones entre otras fueron:

“Se brindó LME hasta los 6 meses al 36,7% de la población estudiada. Los factores asociados fueron la jerarquía militar y el consumo de fórmula durante el periodo neonatal.”

“La jerarquía militar inferior del familiar de la institución y el no consumir fórmula durante el periodo neonatal estuvieron asociados al mantenimiento de la LME hasta 6 meses en los niños nacidos sanos en esta institución.”¹⁷

A nivel Internacional:

Oliver Roig, Antonio (2011), realizó un estudio “El abandono prematuro de la Lactancia Materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia.”, en Alicante-España, cuyo objetivo general fue describir y explicar el fenómeno del abandono prematuro de la lactancia materna. Esta es una tesis por compendio de publicaciones. Se divide en cuatro estudios que han dado lugar a cinco publicaciones y un capítulo de libro. Para describir el abandono prematuro de la lactancia materna y los factores relacionados y para determinar las características psicométricas de la versión española de la escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form (BSES-SF) se obtuvieron datos a partir de encuestas a diferentes muestras de mujeres seleccionadas a través de muestreo no probabilístico que habían sido atendidas en diversos hospitales de Alicante y que ofrecían LM tras el parto. Las conclusiones entre otros fueron:

“El alta hospitalaria y el final de la prestación por maternidad fueron los momentos de mayor abandono para la muestra estudiada. El abandono de la Lactancia Materna Completa y el de la lactancia materna están relacionados. Además, ambos se relacionaron con no haber amamantado anteriormente, una lactancia anterior ≤ 4 meses y una peor valoración de la

experiencia anterior. El menor nivel de estudio se asoció con un mayor abandono de la lactancia y el uso de chupetes o suplementos de leche artificial ocasionales en el hospital con el abandono de la Lactancia Materna Completa. La educación prenatal es un factor protector para la lactancia materna y Lactancia Materna Completa.”

“Es necesario aumentar el apoyo a la lactancia tras el alta, especialmente a las madres que ofrecen lactancia materna parcial, y al reiniciar el trabajo remunerado. Además constituyen grupo de riesgos las madres sin experiencia anterior, con poca experiencia o con experiencia anterior negativa y con menor nivel de estudios.”¹⁸

Niño M. Rosa, Silva E. Gioconda, Atalah S. Eduardo (2010), realizaron un estudio “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva”, en Chile, cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de lactancia materna y causas de destete precoz, en mujeres de distinto nivel socioeconómico controladas en el sistema público y privado de salud de Santiago. Este estudio fue de corte transversal. Tuvo como instrumento un cuestionario el cual se aplicó a una muestra de 220 mujeres de cada grupo (entre el sistema público y privado de atención de salud al sexto mes). Las conclusiones entre otros fueron:

“Principales causas de destete: decisión materna, percepción de hambre, factores estéticos y enfermedad del niño. El destete muchas veces está relacionado con percepciones maternas más que con datos objetivos. Variables socio-demográficas influyen en lactancia exitosa. Mayor educación en controles de salud y clínicas de lactancia mejorarían esta situación.”¹⁹

A. Henry Beth, Nicolau Ana IO., Américo Camila F., Ximenes Lorena B., Bernheim Ruth G., Oria Mónica OB (2010), realizaron un

estudio “Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en fortaleza, ceará, brasil: una perspectiva a partir del modelo del sol naciente de Leininger”, en Brasil, cuyo objetivo fue analizar los factores socioculturales que pueden influir en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza. Este estudio de observación utilizó la Teoría del Cuidado Cultural de Leininger por lo cual usó un formulario de observación creado de acuerdo con el modelo del Sol Naciente (Leininger), fueron llevadas a cabo visitas en los domicilios de las mujeres y observadas sus condiciones de vida. El estudio involucró a 12 gestantes y nodrizas. Las conclusiones entre otros fueron:

“Mientras el flujo de leche humana es un fenómeno natural después del nacimiento del niño, el acto de la lactancia fue históricamente complicado por diversos factores sociales y culturales. Algunos de los factores clave que fueron identificados como influyentes en la toma de decisión a favor de la lactancia son económicos y familiares.”²⁰

Londoño F. Ángela, Mejía L. María (2006), realizaron un estudio “Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo”, en Colombia, cuyo objetivo fue describir características sociodemográficas del sistema de salud, conocimientos y prácticas relacionadas con la lactancia materna y el suministro de leche entera. Fue un estudio de corte transversal prospectivo, con una población de trescientos ochenta y cuatro niños de dos a cinco años. Se realizó entrevista a cada madre, en un protocolo para tal fin, previo consentimiento informado. Las conclusiones entre otros fueron:

“La prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los seis meses fue de 24%, lo cual se asoció al desconocimiento de las madres y al inicio precoz de la alimentación complementaria.”

“El desconocimiento de las ventajas de la lactancia exclusiva y de la introducción de la leche entera son elementos prioritarios para trabajar en las estrategias de prevención de enfermedades prevalentes en la infancia.” ²¹

Navarro Estrella M.; Duque López M.; Trejo Y Pérez J. (1999), realizaron un estudio “Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras”, en México, cuyo objetivo fue identificar los factores maternos, laborales y de los servicios de salud que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna en madres trabajadoras. Fue un estudio transversal comparativo. Tuvo una población de 265 madres a las que se les aplicó un cuestionario entre los tres y nueve meses posparto. Para identificar los factores asociados con el abandono temprano de la lactancia materna, se utilizó regresión logística. Las conclusiones entre otros fueron:

“El 42.3 por ciento de las madres abandonaron temprano la lactancia materna. Siendo los factores de riesgo: tener conocimientos malos sobre lactancia materna, la ausencia del antecedente de haberla practicado en un hijo previo, tener un plan de duración de la misma de 0 a 3 meses, y la falta de facilidades en el trabajo para efectuarla.

“Los principales factores asociados con el abandono temprano de la lactancia materna fueron maternos. El único factor laboral fue la ausencia de facilidades para amamantar.” ²²

Por los antecedentes revisados se evidencia la existencia de estudios relacionados al tema, los cuáles fueron aprovechados como un marco de referencia para el estudio de investigación.

2.2. BASE TEÓRICA

Con la finalidad de tener un respaldo científico para sustentar los hallazgos a continuación se expone la base teórica.

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

La alimentación del lactante y del niño pequeño es una piedra angular de la atención prestada en materia de desarrollo infantil. En el 2005, se estimaba que un tercio de los niños menores de cinco años en los países en desarrollo sufrían retraso del crecimiento como consecuencia de la mala alimentación y las reiteradas infecciones. Incluso en entornos de escasos recursos, el mejoramiento de las prácticas de alimentación puede redundar en un mayor aporte energético y de nutrientes, con efectos positivos en el estado nutricional. Las prácticas inadecuadas de alimentación constituyen uno de los obstáculos más graves a los que se enfrentan los niños. Las intervenciones que promueven las prácticas óptimas de alimentación, están entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud en la niñez.²³

Los Estados Miembros de la OMS y la Junta Ejecutiva del UNICEF adoptaron en el 2002 la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”, la cuál tiene como propósito reactivar los esfuerzos encaminados a proteger, promover y apoyar la alimentación apropiada del lactante y del niño pequeño conllevando esto a la mejora del estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, de este modo, la supervivencia de la población ya mencionada anteriormente. Esta estrategia, basada en iniciativas anteriores, en

particular la Declaración de Innocenti y la Iniciativa «Hospitales amigos del niño», aborda las necesidades de todos los niños, incluidos los que viven en circunstancias difíciles, como los hijos de madres con VIH, los lactantes con insuficiencia ponderal al nacer y los que viven en situaciones de emergencia. Esta estrategia es el marco de orientación que la OMS utiliza para establecer prioridades en las actividades de investigación y desarrollo sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, y para proporcionar apoyo técnico a los países a fin de facilitar su aplicación.²⁴

La estrategia pretende ser una guía para la adopción de medidas; se basa en las pruebas científicas acumuladas sobre la importancia que los primeros meses y años de vida tienen para el crecimiento y el desarrollo de los niños, e identifica intervenciones cuyas consecuencias positivas durante este periodo están probadas.²⁵

Así tenemos que dentro de las recomendaciones que se presentan en la normativa por parte de la OMS y la UNICEF respecto a la alimentación óptima del lactante y el niño pequeño son:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida.
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses, continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más.

También hace llamado a que todos los gobiernos deberían formular y aplicar una política integral sobre alimentación del lactante y del niño

pequeño, en el contexto de las políticas nacionales de nutrición, salud infantil y reproductiva, y reducción de la pobreza.

Al enfocarnos de manera nacional, podemos mencionar que el Ministerio de Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida de los bebés porque reduce los riesgos de que sufran diarrea o infecciones respiratorias. La lactancia materna proporciona, como no lo hace ningún otro medio, el alimento y la nutrición que mejor convienen al crecimiento sano y al desarrollo de los lactantes. De mismo modo, recomienda que la alimentación complementaria se inicie a los seis meses de edad, porque las/os niñas/os necesitan de otros alimentos, además de la leche materna, para cubrir sus necesidades nutricionales. También mantener la lactancia materna después de los seis meses porque continúa siendo una importante fuente de nutrientes, especialmente cuando las madres siguen dando de lactar mientras ofrecen otros alimentos. Lo mencionado está plasmado dentro del **REGLAMENTO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL** con Decreto Supremo N° 009-2006-SA, elaborado en la gestión de la Dra. Pilar Mazzeti, el cual tiene como finalidad lograr una eficiente atención y cuidado de la alimentación de las niñas y niños hasta los veinticuatro meses de edad, mediante acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y orientando las prácticas adecuadas de alimentación complementaria. Dentro del reglamento, el título segundo trata sobre la alimentación de la niña y niño de cero a veinticuatro meses de edad, con énfasis en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Este reglamento tiene carácter de cumplimiento obligatorio en todo nuestro país. Los alcances determinan que debe ser cumplido por todos los establecimientos y agentes de salud a nivel nacional que atienda a gestantes, madres, niñas y niños desde antes de su

nacimiento. También debe ser cumplido por las fábricas y los establecimientos de distribución y comercialización de sucedáneos de leche materna y alimentos infantiles complementarios e igualmente debe ser cumplido por todas las personas naturales o jurídicas que directa o indirectamente se relacionen o intervengan en la comercialización de sucedáneos de leche materna y alimentos complementarios, en los artículos que les corresponde. Como por ejemplo las agencias de publicidad.²⁶

LACTANCIA MATERNA

Es una secreción láctea producida por las glándulas mamarias constituyéndose en el primer alimento de todo recién nacido cuyo fin es satisfacer sus requerimientos nutricionales.

El enfoque actual la define a la Lactancia Materna, como un proceso que necesita ser retomado, rescatado en este mundo globalizado buscando un cambio de actitud de la sociedad en general, así como de los diferentes organismos, personal de salud e instituciones que tienen la responsabilidad de promoverla.

Actualmente, en las poblaciones urbanas, esta práctica de la lactancia materna está venida a menos como patrón de crianza. La lactancia materna brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al niño como a la madre, incluyendo la protección del niño frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. La importancia de las desventajas a largo plazo de no recibir lactancia materna es cada vez más reconocida.

"El amamantamiento carece de auspiciadores y anunciantes, pero sin embargo ha demostrado ser una práctica que a lo largo de millones de años ofrece una garantía para la supervivencia de la especie", afirma la

pediatra argentina Mónica Waisman, consultora internacional en el tema de lactancia materna. “El único e inmejorable envase es el pecho de la mujer. El alimento óptimo para el recién nacido es la leche humana”, subraya la investigadora, quien apoya su afirmación en múltiples evidencias científicas que la respaldan.²⁷

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante^{28 29}. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios.

Práctica Alimentaria	El lactante recibe
Lactancia Materna Exclusiva	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza). Permite que el lactante reciba SRO, gotas, jarabes.
Lactancia Materna Predominante	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación. Permite que el lactante reciba ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), SRO, gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)
Alimentación Complementaria	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) y alimentos sólidos o semisólidos. Permite que el lactante reciba cualquier cosa: cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial).

Lactancia Materna	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza). Permite que el lactante reciba cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)
Alimentación con biberón	Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina. Permite que el lactante reciba cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)
Lactancia Materna Parcial o también llamada mixta.	El lactante recibe alguna toma de pecho y otras de alimento artificial, ya sea leche, cereal u otro alimento o agua.
Lactancia Materna Completa	L. M. Exclusiva + L. M. Predominante
Destete	No toma pecho

Estas definiciones ayudaran en el desarrollo del estudio. Al enfocarnos en menores de 6 meses es necesario profundizar en los conceptos de Lactancia materna exclusiva y Lactancia Materna Parcial o también llamada mixta.

1.- Lactancia Materna Exclusiva

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes;

también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. La lactancia natural exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se practica sin limitaciones, propicia una abundante producción de leche.³⁰

Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan³¹:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua;
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

2.- Lactancia Materna Parcial

Se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna. Esta a su vez se divide en tres categorías³²:

- a) Alta: Cuando el 80 % del total de tetadas es con seno materno.
- b) Media: Cuando se da seno materno entre el 20 y 79 % de las tetadas.
- c) Baja: Cuando se da seno materno en menos del 20% de las tetadas.

Fórmula infantil (preparación para lactantes): Es un producto sucedáneo de la leche materna fabricado industrialmente con fines de satisfacer las necesidades nutricionales del lactante desde el nacimiento y adaptado a sus características fisiológicas, incluyendo las fórmulas especiales de conformidad con las exigencias de las normas nacionales y las del Codex Alimentarius ³³.

Las leches artificiales son similares unas a otras pero la calidad y cantidad de nutrientes pueden variar, aun cuando provengan del mismo fabricante. También varían dependiendo de las regulaciones de cada país. Cambian frecuentemente de composición. La etiqueta indica las cantidades mínimas de ingredientes que se supone que estén presentes.

LECHE MATERNA

Es el alimento natural para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño, siendo la succión un factor primordial para una adecuada producción de la misma.³⁴

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche materna posee bajo contenido de grasa y se encuentra más diluida en el primer término, la que sale al final (durante el período de amamantamiento) tiene mayor contenido de grasa y proteínas.

Composición de la leche materna

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes.^{35 36}

- **Agua:** La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.
- **Proteínas:** Entre los mamíferos, la leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero. La mayor cantidad de proteína que existe en la leche animal puede sobrecargar los riñones inmaduros del lactante con productos nitrogenados de excreción. La caseína de la leche materna forma cuajos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches.
- **Hidratos de carbono:** El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM). Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones.

- **Las grasas:** La grasa es el componente más variable de la leche humana. Hay fluctuaciones diurnas, que son dependientes de la frecuencia de las mamadas. También hay una importante variación dentro de una misma mamada, siendo la leche del final de la mamada, 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño.
- **Vitaminas:** La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre.

Vitaminas liposolubles: La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna.

a) Vitamina A: La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura.

b) Vitamina K: La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal.

c) Vitamina E: El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.

d) Vitamina D: El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D.

Vitaminas hidrosolubles: En estas vitaminas pueden ocurrir variaciones dependiendo de la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas.

La concentración de vitamina B12 en la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia.

- **Minerales:** Las concentraciones de minerales en la leche humana son más bajas que en cualquiera de los sustitutos y están mejor adaptados a los requerimientos nutricionales y capacidades metabólicas del lactante.

Calcio, Fósforo: La leche de vaca tiene una mayor proporción de fósforo, lo que explica la hipocalcemia neonatal, común en los lactantes alimentados artificialmente.

Hierro: La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de la leche y el organismo del niño.

Zinc: El zinc es esencial para la estructura de las enzimas y su funcionamiento y para el crecimiento y la inmunidad celular.

- **Factores anti-infecciosos:** La leche materna contiene muchos factores que ayudan a proteger al lactante de la infección incluyendo:

Inmunoglobulinas: Principalmente la inmunoglobulina A secretoria (IgAs), la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células;

Glóbulos blancos: Destruyen microorganismos.

Proteínas del suero (lisozima y lactoferrina) que destruyen bacterias, virus y hongos.

Oligosacáridos: Evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las mucosas.

- **Otros factores bio activos:** La lipasa que es estimulada por las sales biliares facilita la digestión completa de la grasa, una vez que la leche ha alcanzado el intestino delgado. La grasa de las leches artificiales es digerida de manera menos completa.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

La LECHE MATERNA tiene múltiples ventajas tanto para el bebé, la madre, la familia y la sociedad (ambiente).³⁸

- **Ventajas para el niño**
 - Ofrece nutrientes que se requieren para su crecimiento y desarrollo.
 - Al recibir el calostro, le proporciona defensa para las enfermedades. “Es la vacuna que el niño recibe de su propia madre”.

- Es de más fácil digestión y el organismo del niño la aprovecha mejor que cualquier otro alimento.
- Durante la alimentación la madre le ofrece cariño, protección, confianza y seguridad al niño, al estar en contacto directo con su madre.
- Ayuda a formar dientes sanos y evita deformaciones en la boca y los dientes.
- Se encuentra disponible en cualquier momento y a temperatura ideal.
- Es higiénica, no se descompone y no tiene riesgos de contaminación (pasa directamente de la madre al niño).

- ***Ventajas para la Madre.***

- Produce satisfacción psicológica.
- Disminuye el sangrado después del parto y ayuda a recuperar el tamaño y la posición del útero.
- Previene el cáncer de mama.
- Alivia la incomodidad producida por la saturación de los pechos.
- En forma exclusiva, tiene efecto anticonceptivo.
- Ahorra tiempo, porque no necesita preparación.
- Ayuda a eliminar peso corporal adquiriendo el peso antes del embarazo.

- ***Ventajas para la Familia.***

- Promueve la unión familiar, pues al ser la lactancia una responsabilidad no sólo de la madre, el padre debe darle apoyo,

compañía y estímulo además de participar en actividades para que la madre descanse.

- Disminuye el gasto que condiciona el uso de la lactancia artificial (costo de la leche, combustible, utensilios y de otros sustitutos adicionales para enriquecerla).

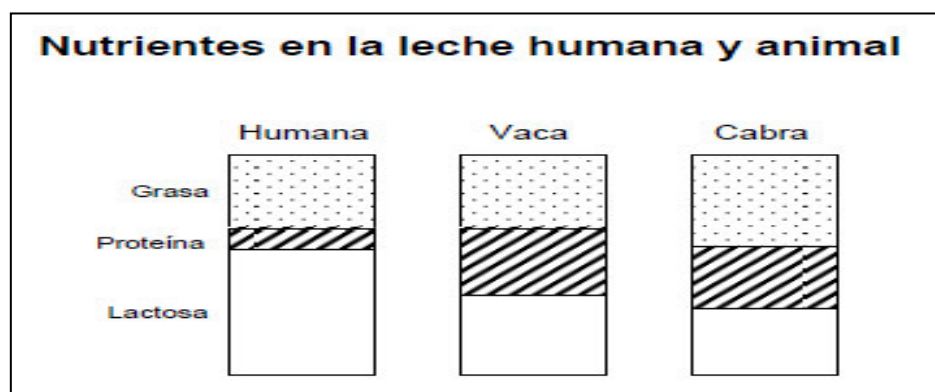
- ***Ventajas para el país.***

- Representa un ahorro importante en la compra, almacenamiento y transporte de leche, además de ahorro de combustible, personal, etc que se requiere para su distribución y preparación.

DIFERENCIAS ENTRE LA LECHE HUMANA Y ARTIFICIAL ³⁹

Las fórmulas lácteas son elaboradas a partir de una variedad de productos, incluyendo leches animales, soja y aceites vegetales. Si bien han sido adecuadas de manera que se parezcan a la leche humana, distan mucho de ser perfectas para los bebés.

Para comprender la composición de la formula láctea, necesitamos conocer las diferencias entre la leche animal y la leche humana y cómo se debe modificar la leche animal, para producir la fórmula láctea.



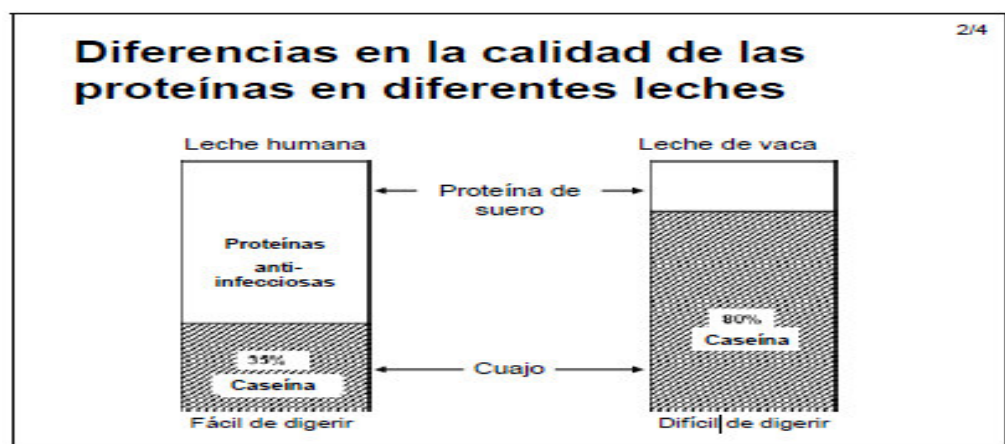
Esta figura compara los nutrientes de la leche materna con los nutrientes de la leche fresca de vaca y de cabra. Todas las leches contienen grasa, la cual provee energía, proteína para el crecimiento y azúcar de leche, llamada lactosa, que también provee energía.

La leche animal contiene más proteína que la leche humana. Para los riñones inmaduros del bebé, resulta difícil excretar la carga adicional de proteína que existe en la leche animal.

La leche humana también contiene ácidos grasos esenciales, que son necesarios para el crecimiento cerebral y para tener vasos sanguíneos saludables. Estos ácidos grasos no se encuentran en la leche animal, pero han sido añadidos en las fórmulas lácteas.

Calidad de las proteínas en diferentes leches

La calidad de la proteína, en las diferentes leches, es diferente, al igual que la cantidad. Si bien es posible modificar la cantidad de la proteína en la leche de vaca, la calidad de las proteínas no puede ser



modificada.

Este gráfico muestra que mucha de la proteína de la leche de vaca es caseína. La caseína forma unos cuajos gruesos, que no pueden ser digeridos en el estómago del bebé.

La leche humana contiene más proteínas del suero. Las proteínas del suero contienen proteínas anti-infecciosas que ayudan a proteger al bebé contra la infección. Los bebés alimentados con fórmulas artificiales pueden desarrollar intolerancia hacia la proteína de la leche animal y presentan diarrea, dolor abdominal, erupción cutánea y otros síntomas, los que se relacionan con el consumo de leche que contiene diferentes tipos de proteína.

DESVENTAJAS DE LA ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL

- Interfiere con el vínculo madre-bebé
- Diarrea y diarrea persistente
- Frecuentes infecciones respiratorias
- Desnutrición; deficiencia de vitamina A
- Alergias e intolerancia a la leche
- Mayor riesgo de algunas enfermedades crónicas
- Obesidad
- Puntajes más bajos en pruebas de inteligencia
- La madre puede embarazarse demasiado pronto
- La madre tiene mayor riesgo de anemia, cáncer de ovario y cáncer de mama

DURACIÓN RECOMENDADA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Para asegurar una adecuada producción y flujo de la leche materna, durante los 6 meses de lactancia materna exclusiva, el lactante requiere ser amamantado tan frecuentemente y por tanto tiempo como él o ella lo desee, tanto en el día como en la noche.

La duración óptima de la lactancia exclusiva fue motivo de discusión de los especialistas por décadas. LA OMS encarga a Kramer y Kakuma desarrollar una revisión sistemática que fue publicada en la Cochrane Collaboration el año 2001 y fue ratificada por una comisión de expertos citados en la OMS. Ellos comparan niños en Lactancia materna Exclusiva (LME) con Lactancia Mixta entre los 4 y 6 meses y establecen que el tiempo óptimo de lactancia materna exclusiva era de 6 meses y no 4 meses por que los niños en LME tienen menor incidencia de diarreas e infecciones respiratorias y por las siguientes razones⁴⁰:

- 1) Buen incremento ponderal a los 6 meses con lactancia materna exclusiva: Cuando se comparó a niños alimentados con lactancia exclusiva hasta los 4 meses y luego con fórmula con niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses se comprobó que en ambos el incremento ponderal entre los 4-6 meses era similar.
- 2) En comparación a los niños alimentados con LM y fórmula, los niños con LME tenían en promedio, niveles menores de hemoglobina que no alcanzaban a ser anemia. Al ver la incidencia de anemia se observa que los niños en LME presentan una menor incidencia de anemia.

- 3) Hubo diferencias significativas que favorecieron la lactancia materna exclusiva en relación al desarrollo psicomotor. Los niños amamantados gatearon antes en forma significativa, aunque el inicio de la marcha ocurrió a la misma edad.
- 4) En relación a medidas que favorecían a la madre Kramer llegó a la conclusión que:
 - a. Había una diferencia significativa en la recuperación de peso pre-embarazo en las mujeres que seguían amamantando hasta los 6 meses.
 - b. El tiempo de amenorrea, amamantando hasta los 6 meses era significativamente mayor.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA PARCIAL

En la comprensión de lo que es la lactancia materna y los avances o limitaciones de las acciones de promoción, protección y apoyo, es necesario reconocer los factores que obstaculizan.⁴¹

FACTORES	OBSTACULIZAN
	<p>Dentro de los factores culturales se encuentran principalmente la introducción en la alimentación de leches de fórmula o diferentes alimentos, como agua, jugos, sopas, lecha de vaca, entre otros, durante los primeros seis meses de vida del bebé.</p> <p>Se tiene la creencia en especial de que el bebé siente sed y la leche materna no es suficiente para suplir esa necesidad o que el niño queda con</p>

<p>CULTURALES</p>	<p>hambre, por lo que le proporcionan algún otro alimento.</p> <p>También se considera que la cultura del biberón interfiere con el correcto amamantamiento, pues no llega a satisfacer todas las necesidades del niño.</p> <p>Se cree también que al introducir otros alimentos se va creando la costumbre en el niño para el momento en que ya no se produzca la leche materna. Es una práctica inadecuada, pues el niño los tomará cuando le sean necesarios y esto no ocurre normalmente antes de los seis meses de edad.</p> <p>La madre puede decidir no darle leche materna a su bebé como respuesta a las presiones sociales respecto a la creencia de no perder su belleza o a la falta de conciencia de los beneficios que le concede a su hijo y a ella misma.</p> <p>Algunas madres sienten vergüenza al amamantar a sus bebés en público, por lo que no se satisface el deber de lactar por libre demanda, sino cuando la madre lo determine.</p>
	<p>En algunas ocasiones, el personal de los hospitales y clínicas que atiende el área de maternidad no está suficientemente capacitado para hacer recomendaciones relacionadas con la lactancia materna. Aún falta hacer mayores esfuerzos para divulgar información y crear</p>

SOCIALES	<p>conciencia de la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y de 24 meses con alimentos complementarios.</p> <p>Las madres adolescentes tienden a acortar el tiempo de la lactancia por presiones sociales o familiares.</p> <p>Las madres que tienen formación académica superior tienden a dejar de amamantar a sus hijos pronto, debido a que sienten interés por volver sus trabajos o recuperar pronto su imagen física y seguridad emocional en la sociedad.</p> <p>Las madres con estudios superiores tienen mayores conocimientos acerca de las prácticas adecuadas de lactancia materna, debido a que han tenido mayores oportunidades de conocer y comprender dichas prácticas.</p>
ECONOMICOS	<p>Los intereses económicos de las empresas productoras y comercializadoras de leches de fórmula o alimentos infantiles han hecho que exista una gran presión contra de la lactancia materna exclusiva. La utilización de medios masivos y medios no convencionales por parte de estas empresas, sin advertir sobre su correcto uso, afecta negativamente las creencias y conocimientos de las personas acerca del consumo de estos alimentos.</p> <p>Las familias que tienen buenos ingresos económicos tienen mayor acceso a los productos</p>

	sucedáneos de la leche materna y normalmente los adquieren, lo que perjudica las correctas prácticas de amamantamiento.
LABORALES	<p>Gran parte de las mujeres trabajadoras tienen serias dificultades en sus lugares de trabajo para realizar las prácticas adecuadas de lactancia materna.</p> <p>Muchas de ellas están bajo grandes presiones, puesto que el cumplimiento de la Jornada laboral y el tiempo de transporte desde el hogar y hasta éste interrumpen el amamantamiento o lo reducen a proporciones no ideales. En ocasiones no se cumple con la normatividad que favorece la lactancia materna; en especial son perjudicadas las madres que hacen parte del sistema de trabajo informal.</p>
FAMILIARES	<p>En ocasiones la pareja de la madre se siente desplazada por el bebé y esto puede intranquilizar a la madre y al bebé y, en consecuencia, dificultar la lactancia.</p> <p>Algunos familiares que tienen ciertas creencias o mitos los transmiten de generación en generación, y en la mayoría de los casos no concuerdan con la realidad, por ejemplo, darles agua u otros alimentos a los bebés.</p>
	La madre se puede sentir inconforme con su cuerpo y querer que pronto disminuya la

<p>INDIVIDUALES</p>	<p>producción de leche para recuperar la forma de sus senos. Puede suceder que la leche disminuya su producción o se “seque” debido a que la madre no proporciona la leche materna a su hijo con la frecuencia adecuada.</p> <p>Las experiencias negativas propias o ajenas pueden influir en la disminución o interrupción consciente de la lactancia.</p> <p>En ocasiones también se cree que el niño no quiere seguir con el consumo de leche materna o la rechaza. Esto se debe normalmente a prácticas inadecuadas de amamantamiento. No quiere decir que el niño no quiera tomar la leche materna, puede ser que no sienta satisfechas todas sus necesidades al momento de lactarse.</p> <p>En casos de parto por cesárea la falta de preparación de la madre o retraso del inicio del amamantamiento en las primeras horas de vida del niño puede disminuir el tiempo recomendado de la lactancia.</p> <p>No iniciar la lactancia en la primera hora de nacido del bebé disminuye la posibilidad de cumplir con el tiempo ideal de lactancia. Es posible que se interrumpa el amamantamiento por causas naturales o por dificultades en la salud de la madre o el bebé.</p>
----------------------------	--

IMPACTO EN EL PERÚ Y EN EL MUNDO ⁴²

La OMS promueve la lactancia natural como la mejor forma de nutrición de los bebés y los niños pequeños, y una de las medidas más eficaces para garantizar la salud y la supervivencia del niño. La leche materna es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los bebés de enfermedades frecuentes en la infancia. La leche materna se obtiene fácilmente y es asequible. Las personas a las que se amamantó de pequeñas tienen menos tendencia a sufrir sobrepeso u obesidad a lo largo de la vida. También tienen menos probabilidades de desarrollar diabetes y obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia.

Si se amamantara a todos los niños del mundo, cada año se podrían salvar unas 220 000 vidas. Un análisis reciente de estudios llevados a cabo en Ghana, la India y el Perú muestra que los lactantes no alimentados al pecho tenían 10 veces más probabilidades de morir que los que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo.

Aumento de las tasas de lactancia materna

A nivel mundial, un 38% de los bebés reciben lactancia materna como alimentación exclusiva durante seis meses. En el Perú, la tasa de lactancia natural exclusiva aumentó espectacularmente durante la década de los noventa –de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en 2000- gracias al esfuerzo desplegado a nivel nacional para capacitar a los trabajadores sanitarios y poner en práctica la iniciativa OMS/UNICEF de hospitales amigos del niño, que certifica el apoyo de los centros de salud a la lactancia materna. En consecuencia, la tasa del Perú está muy por encima de la tasa mundial, pero en los últimos

años los progresos se han frenado (2012: 67,5%). En algunas zonas, sobre todo en las ciudades, hay indicios de una tendencia a la baja.

Actualmente, poco más de la mitad de los niños nacidos en el Perú (55%) empiezan a tomar el pecho en la primera hora de vida. Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas, y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo. Esto puede parecer sorprendente, ya que en los países de ingresos altos la situación suele ser la inversa: las madres con más ingresos y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño.

Plan estratégico para reforzar la reglamentación en vigor

El Plan Estratégico Multisectorial para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna 2013-2021 reforzará la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizará la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y reevaluará los hospitales que hayan obtenido el certificado de “amigos de la madre y el niño” para confirmar que siguen apoyando la lactancia natural.

Mediante esas medidas, el Perú intentará aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta 2021.

2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

A continuación se presenta la definición de términos a fin de facilitar su comprensión:

- **Lactancia Materna.** Es una secreción láctea producida por las glándulas mamarias constituyéndose en el primer alimento de

todo recién nacido cuyo fin es satisfacer sus requerimientos nutricionales.

- **Lactancia materna exclusiva.** Significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).
- **Lactancia Mixta.** El lactante recibe alguna toma de pecho y otras de alimento artificial, ya sea leche, cereal u otro alimento o agua.
- **Factores.** Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio es de nivel aplicativo ya que parte de la realidad para transformarla, es de tipo cuantitativo, porque la variable del estudio se midió numéricamente.

Su método es descriptivo de corte transversal, porque describe los hechos tal cual se presentan en un tiempo y espacio determinado.

3.2 LUGAR Y POBLACION DE ESTUDIO

LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud “La Flor”, el cual se encuentra en el distrito de Carabayllo, cuya dirección legal es Jr. Puno S/N Esq. Con Jr. 25 De Febrero S/N. Es una institución perteneciente al Ministerio de Salud con categoría I –3. Es un centro de nivel primario y brinda a los pacientes atención de calidad en todos los servicios: Medicina general, Obstetricia, Odontología, Farmacia, Laboratorio, ESNI, CRED, Estimulación Temprana, ESNTBC, PROMSA, siendo el horario de atención de 8:00 am a 8:00 pm.

En este establecimiento se cuenta con 3 enfermeras de planta (1 nombrada y 2 contratadas) y 2 SERUMS. Una de las enfermeras es responsable de CRED, mientras que las otras son responsables de las demás estrategias correspondientes a enfermería, pero igual apoyan en la atención en el servicio de CRED.

POBLACION DE ESTUDIO

La población está constituida por 144 madres que acuden con sus hijos menores de 6 meses al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el periodo de setiembre a octubre del 2014.

3.3 UNIDAD DE ANALISIS, MUESTRA Y MUESTREO

UNIDAD DE ANALISIS

Madres que acuden con su hijo(a) menor de 6 meses al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo.

MUESTRA Y MUESTREO

Para determinar la muestra se aplicó la técnica de muestreo no probabilístico, quedando conformada por 70 madres con un nivel de confianza del 97% con un margen de error del 3% (Anexo F).

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- ✓ Madres cuyos lactantes oscilen de 1 mes a 6 meses de edad y que asistan al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo para los controles de su hijo.
- ✓ Madres con hijos aparentemente sanos, que nacieron a término y con un peso normal (3000Kg – 3500Kg), que no sea determinante de la interrupción de la Lactancia Materna Exclusiva.
- ✓ Madres que hayan interrumpido la Lactancia Materna Exclusiva antes de los seis meses de edad de su hijo.

- ✓ Madres que no sean portadoras de Diabetes Mellitus, desnutrición, VIH, que determinan la interrupción de la Lactancia Materna Exclusiva.
- ✓ Madres que hablen castellano.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Madres cuyos lactantes hayan nacido con una patología que impida la continuación de la lactancia materna.
- ✓ Madres que sean analfabetas.

3.5 TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó para recolectar los datos fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario, el cual consta de una presentación de datos generales y específicos, el mismo que fue sometido a juicio de expertos y los cuales fueron 8 profesionales especialistas en el área y/o tienen experiencia en el manejo de la metodología de investigación. (Anexo B, G).

3.6 PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Para implementar el estudio se realizaron los trámites administrativos, para lo cual se envió un oficio dirigido al Director General de la Red de Salud Túpac Amaru, para la aprobación y autorización respectiva. Posteriormente a ello se llevó a cabo la coordinación con el médico jefe del Centro de Salud, para la aplicación del instrumento, considerando 15 minutos aproximadamente, para su aplicación previa autorización del usuario, en los turnos de mañanas y tardes del mes de Noviembre 2014.

Luego de la recolección de datos, se procedió a realizar el procesamiento de los datos utilizando el paquete estadístico de Excell previa elaboración de la Tabla de Códigos y la Tabla Matriz. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, el promedio aritmético, los porcentajes y la frecuencia absoluta.

3.7 ASPECTOS ETICOS

Para llevar a cabo el estudio, fue necesario considerar la autorización respectiva de la institución y el consentimiento Informado de los sujetos de estudio, es decir de las madres con niños menores de 6 meses que se atienden en el servicio de CRED del C.S. La Flor, sujetas a ser encuestadas ya que cumplen con los criterios de inclusión ya detallados, expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. (Anexo C).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico y los antecedentes se tiene:

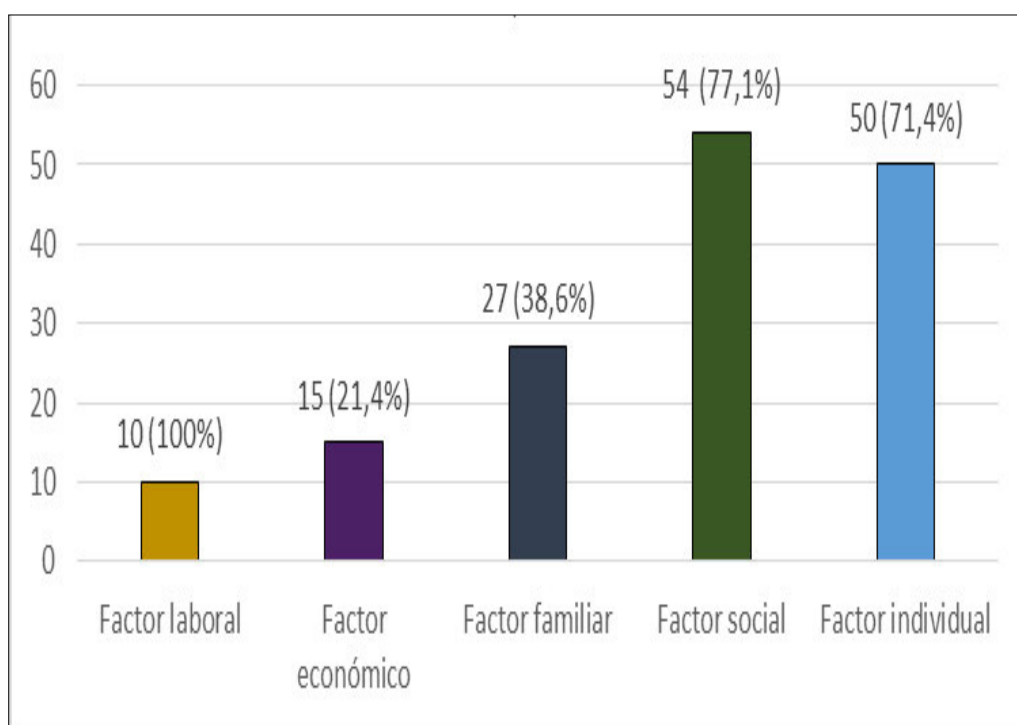
4.1. RESULTADOS

En cuanto a los datos generales, se tiene que del 100% de madres entrevistadas (70 madres) de niños y niñas menores de 6 meses, el 17.1 % (12) tienen entre 36 años a más, 17.1 % (12) de 31 a 35 años, 24.3% (17) de 26 a 30 años, 34.3 % (24) de 19 a 25 años, 7.1% (5) de 15 a 18 años, respecto al estado civil de las madres el 15.7% (11) son solteras, 10% (7) son casadas, 62.9% (44) son convivientes, 5.7% (4) son divorciadas y el 5.7% (4) son viudas, respecto al grado de instrucción el 22.9% (16) tienen nivel superior, 65.7% (46) tienen nivel secundaria, 10% (7) tienen nivel primaria y un 1.4% (1) es analfabeta. Respecto a la ocupación el 85.7% (60) son amas de casa, 14.3% (10) son trabajadoras y respecto al embarazo el 55.7% (39) son primigestas, 37.1% (26) de 2 a 4 embarazos, 7.1% (5) tienen de 5 a más embarazos. (Anexo H).

Estos datos permiten concluir que la mayoría de madres de niños y niñas de 0 a 6 meses atendidos en el Centro de Salud La Flor, se encuentran en el grupo etareo de 19 a 25 años, la mayor parte de las madres son convivientes, con un grado de instrucción mayoritaria de nivel secundario, con una ocupación como ama de casa y la mayor parte es primigesta y la mayor parte de mujeres entrevistadas tienen a sus bebés en el rango de 4 a menores de 6 meses.

GRAFICO N° 1

**FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS (AS) < 6 MESES EN EL
C.S. “LA FLOR”, LIMA – PERU 2014**

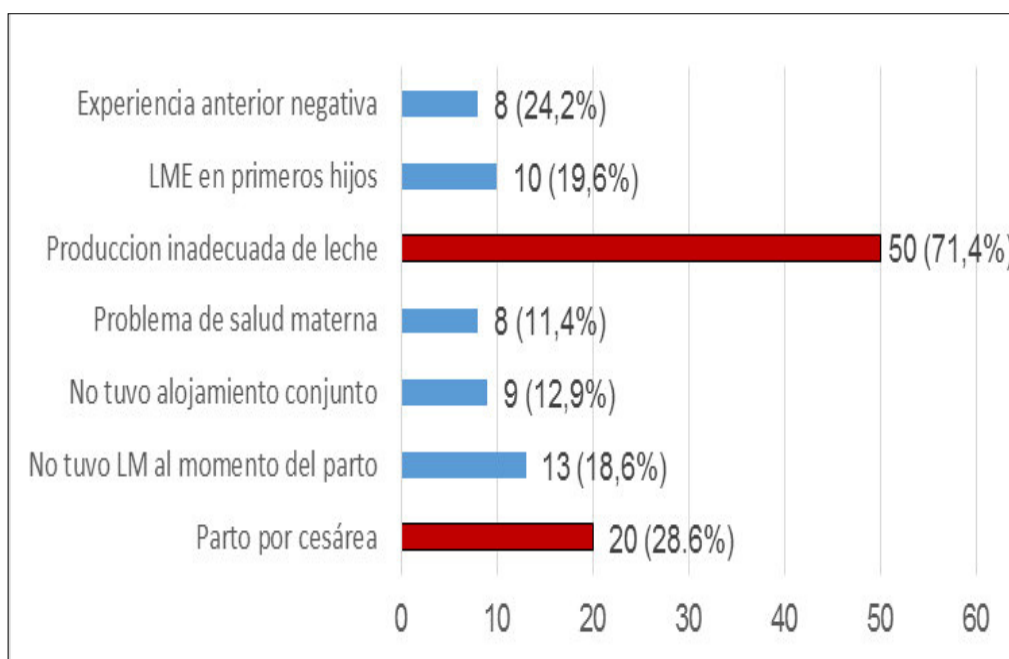


Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014.

En el siguiente grafico se evidencia que de los 5 factores mencionados, en el 77.1% (54) de la población encuestada el factor predominante que incide más en que se inicie tempranamente la lactancia mixta en menores de 6 meses es el factor social, seguido por el factor individual con 71.4%(50), con un 38.6% (27) también influye el factor familiar, dejando al final a los factores económicos con un 21.4% (15) y al laboral (donde solo 10 personas trabajaban) con un 100%.

GRAFICO N° 2

FACTORES INDIVIDUALES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS (AS) < 6 MESES EN ELC.S. “LA FLOR”, LIMA – PERU 2014



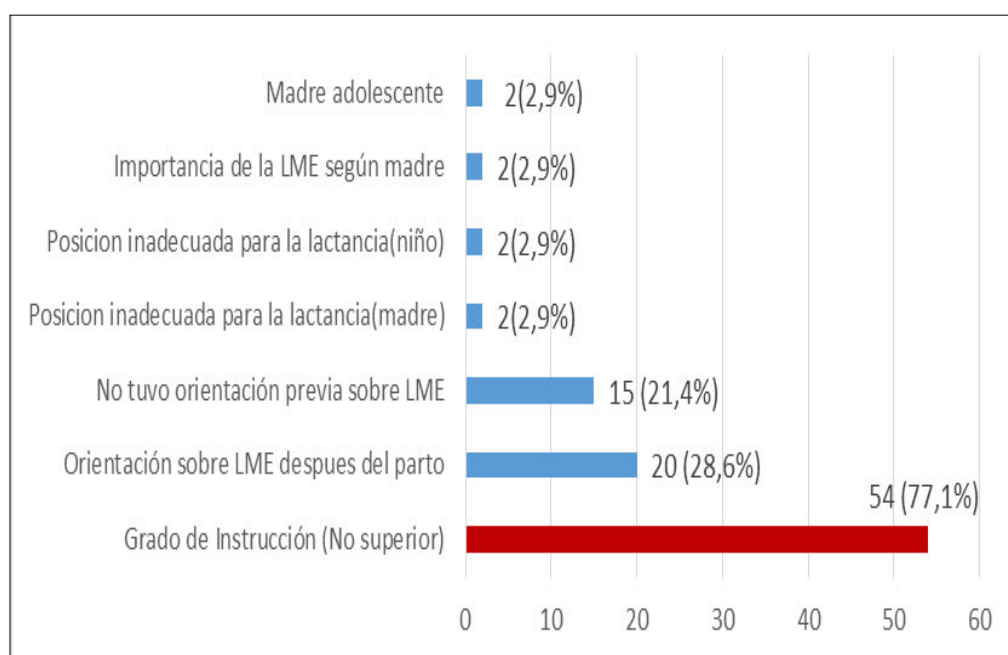
Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014.

En el siguiente grafico se evidencia que de los factores individuales mencionados, en el 71.4% (50) de la población encuestada, el factor predominante que está presente para que se inicie tempranamente la lactancia mixta en < 6 meses, es la producción inadecuada de leche según la madre, seguido por el parto por cesárea con un 28.6% (20). El 18.6% (13) refiere que no tuvo LM al momento del parto, seguido con un 19.6%(10) de la LME en primeros hijos.

Con menor incidencia se encuentran el no tener alojamiento conjunto con 12.9% (9), seguido con un 11.4% (8) los problemas de salud materna y con un 24.2% (8) las que refieren haber tenido una experiencia anterior negativa.

GRAFICO N° 3

FACTORES SOCIALES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS (AS) < 6 MESES EN ELC.S. “LA FLOR”, LIMA – PERU 2014

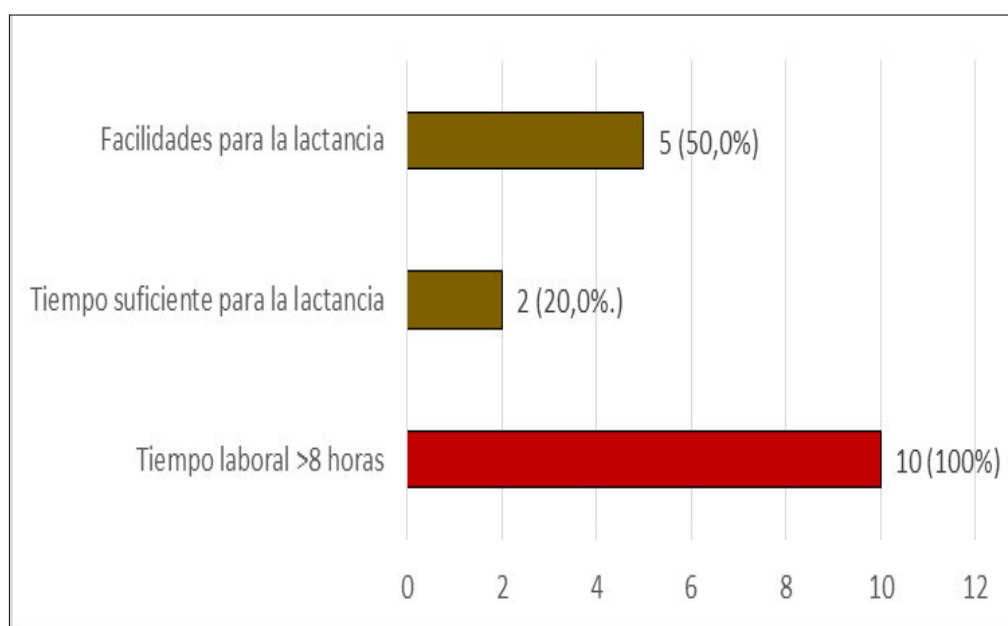


Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014

En el siguiente grafico se evidencia que de los factores sociales mencionados, en el 77.1%(54) de la población encuestada, el factor predominante que está presente para que se inicie tempranamente la lactancia materna mixta en < 6 meses es el factor académico no superior. El 28.6% (20) no tuvo orientación sobre la LME después del parto, seguido por un 21.4%(15) que no tuvieron orientación previa sobre LME. Con menor incidencia de 2.9% (9) se encuentra el hecho de ser madre adolescente, la importancia de la LME según la madre y posición inadecuada para la lactancia tanto de la madre como del niño.

GRAFICO N° 4

FACTORES LABORALES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS (AS) < 6 MESES EN ELC.S. “LA FLOR”, LIMA – PERU 2014



Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014

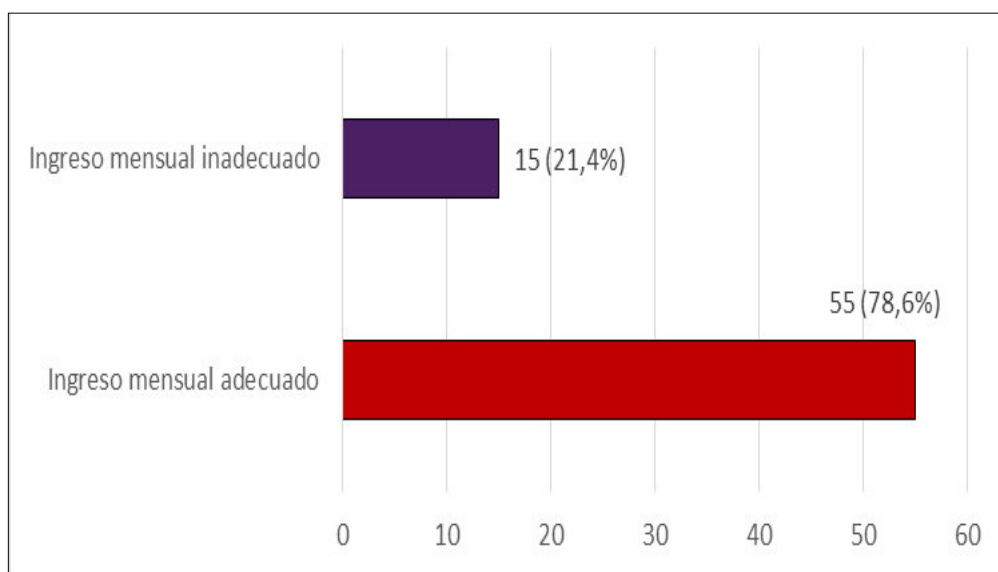
En el presente grafico se evidencia que dentro de los factores Laborales mencionados, el de mayor prioridad con un 100% (10) de la población encuestada presenta un tiempo laboral > 8 horas por lo cual no disponen del tiempo suficiente para dar de lactar dando como consecuencia optar por otras opción es fuera de la LME.

Con menor incidencia se presentan los factores de facilidad para la lactancia con un 50%(5) y tiempo suficiente para la lactancia con un 20% (2).

Se hace hincapié que de las 70 madres encuestadas solo 10 estaban laborando al momento de la lactancia.

GRAFICO N° 5

**FACTORE ECONOMICO ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS (AS) < 6 MESES EN
ELC.S. “LA FLOR”, LIMA – PERU 2014**

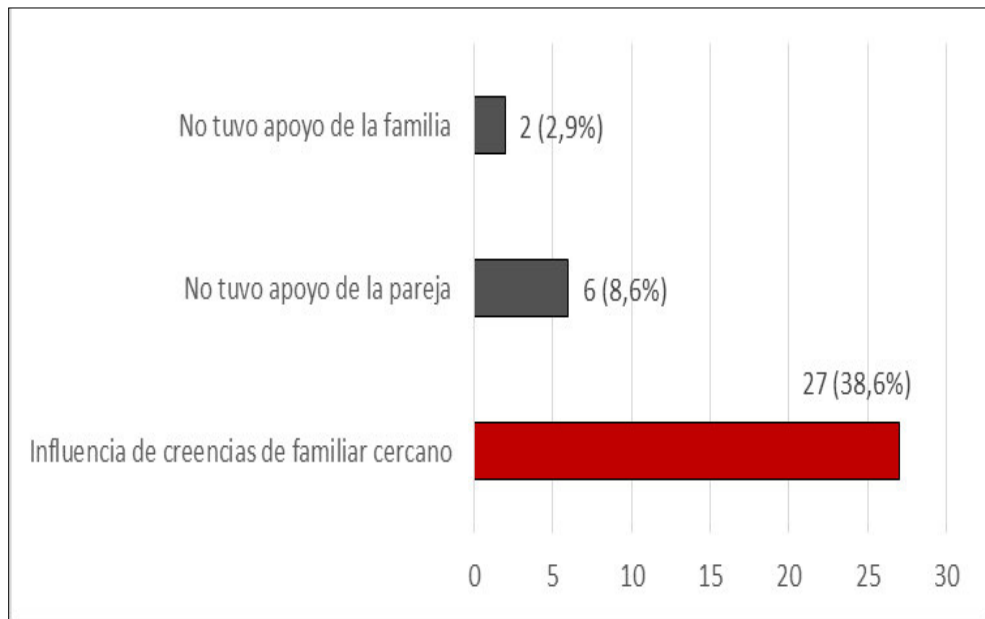


Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014

En el siguiente grafico se evidencia que el factor económico, en el 78.6% (55) de la población encuestada, es un factor predominante que está presente para que se inicie tempranamente la lactancia materna mixta en < 6 meses, esto debido a que las madres refieren tener un ingreso mensual en el hogar adecuado, que cubre con sus necesidades básicas, lo que les permite comprar en ciertas ocasiones, otros productos fuera de la Leche materna.

GRAFICO N° 6

FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS (AS) < 6 MESES EN ELC.S. “LA FLOR”, LIMA – PERU 2014



Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014

En el siguiente grafico se evidencia que de los factores familiares mencionados, en el 38.6% (27) de la población encuestada, el factor predominante que está presente para que se inicie tempranamente la lactancia materna mixta en < 6 meses es el de las creencias de un familiar cercano. Creencias como “el niño necesita agüita porque tiene sed”, “los niños son más fuertes cuando les dan comidas”. Este factor va ligado con la educación que se le brinda a la madre sobre la LME.

Con menor incidencia se muestra el apoyo de la pareja con un 8.6% (6) y el apoyo familiar con un 2.9% (2).

5.2. Discusión

Recientemente se ha intensificado el interés en todo el mundo por la promoción de la lactancia materna, dadas las múltiples ventajas para el binomio madre/hijo. En los Objetivos de Desarrollo del Milenio se establece como meta, además de la LME, la continuidad de la lactancia materna hasta los veinticuatro meses. La Academia Americana de Pediatría recomienda continuarla hasta el año de edad. Con respecto a los factores individuales, el parto por cesárea es una operación de cirugía mayor, por lo que el contacto madre e hijo puede demorarse, esto depende muchas veces del tipo de anestesia que haya recibido. Por otra parte, la madre que tiene una cesárea necesita de ayuda para el cuidado del bebé, para ponerlo al pecho y para cambiarlo. Otros motivos que llevan al fracaso del amamantamiento en estos casos son el alejamiento de la mamá y el bebé por varias horas, la falta de ayuda de personal especializado y/o familiar inmediatamente después del parto y la intervención de gente sin experiencia. Con respecto a la producción inadecuada de leche, se sabe que la lactancia materna se rige por la ley de la oferta y la demanda: cuanto más se dé el pecho, más leche se produce. Es en este acto que la madre empieza a pensar que la cantidad que produce es inadecuada para que se “llene” el bebé y la intervención de algunos personales de salud o familiares la impulsan a dar otro alimento que no sea leche materna para aplacar así el supuesto hambre al bebé. El inicio precoz del amamantamiento favorece la lactancia exclusiva hasta los 6 meses; esto se observó en el estudio que las madres que refieren amamantaron dentro de la primera hora del nacimiento, comprobándose que el retraso de esta práctica, frecuentemente vinculada a factores institucionales, acortó en forma inversamente proporcional los períodos de lactancia exclusiva.

En mención a los factores sociales se menciona que los momentos que deberían ser más utilizados por el equipo de salud y de mayor impacto para brindar información a las madres sobre alimentación natural son el control prenatal y la internación para el parto, según el trabajo se evidencia que la mayor población encuestada fue capacitada con mayor énfasis después del embarazo por lo cual ya no es mayor la receptividad de la información, a diferencia de hacerlo antes del embarazo lo cual presupone que la mejor receptividad se da en este escenario que debe ser priorizado, debiéndose rescatar otros espacios como el hogar y las instancias de control del niño sano para potenciar resultados. A mayor nivel de instrucción materna mayor compromiso con la lactancia exclusiva como medio para un saludable crecimiento y desarrollo del niño y satisfacción de la madre en el cumplimiento de su rol maternal, familiar y social.

El factor económico también está presente, lo cual se relaciona a que la mayor parte de la población encuestada cuenta con una economía que abastece sus necesidades básicas, permitiendo en ciertas ocasiones poder adicionar a la alimentación de su niño sucedáneos de leche pensando que éstos le van a ser de ayuda para el crecimiento adecuado de su niño (a).

Aquí podemos ver la relación entre el factor social y económico, ya que es el entorno que influye a que los padres o la familia del bebe llegue a comprar otro tipo de alimento en muchas ocasiones solo porque vieron por algún medio de comunicación tv, radio, etc.) que ese producto era muy bueno para el desarrollo del niño. Así también podemos relacionar que el factor que sigue, que es el familiar, está inmerso en esta problemática.

Creencias y prácticas erróneas influenciadas por familiares como el considerar que es necesaria la leche de fórmula para complementar la lactancia materna, el pensar que la alimentación complementaria hace

fuertes a los niños cuanto más pronto se le da, o el pensar que el niño tiene sed y darle agüitas, son factores que reducen la probabilidad de éxito de la LME en esta jurisdicción.

Respecto al factor con menor porcentaje que es el factor laboral, hay que tener en cuenta que de las 70 madres encuestadas, solo 17 se encontraban laborando al momento de la lactancia. Lo cual nos evidencia que en este periodo las madres de la jurisdicción del centro de salud, en su mayoría, no optan por trabajar. Pero de las madres que laboran se evidencia que la mayoría trabaja más de 8 horas diarias, lo cual según literatura esto dificulta el contacto de madre/niño para la lactancia, a lo cual las madres optan por un medio más fácil como la introducción de otros alimentos.

Es probable que la mayor parte de las causas de abandono de la lactancia exclusiva citadas en este trabajo puedan ser disminuidas mediante acciones coordinadas entre el equipo de salud, la mujer y su familia durante el embarazo, el parto y el puerperio, aprovechando todas aquellas instancias de contacto y seguimiento.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación permitió plantear las siguientes conclusiones:

- ✓ El factor predominante que incide más en que inicie tempranamente la lactancia mixta en >6 meses es el factor social.
- ✓ Dentro de los factores individuales, se encuentran dos factores mayoritariamente presentes para que se inicie tempranamente la lactancia mixta en > 6 meses, estos son la producción inadecuada de leche según la madre y el parto por cesárea. La falta de orientación y/o capacitación sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y su técnica adecuada, no permite el éxito de la misma ya que las madres muchas veces por desconocimiento no son conscientes de su importancia. Igualmente como las cesáreas condicionan con frecuencia un retraso innecesario del amamantamiento, hecho que se traduce en acortamientos de la lactancia.
- ✓ De los factores sociales, el factor predominante que está presente para que se inicie tempranamente la lactancia mixta en > 6 meses, es el factor académico no superior. Así se comprueba que el mejor nivel de instrucción materna influye positivamente en la lactancia exclusiva, probablemente vinculado a la disponibilidad de información sobre los beneficios de esta para la madre y sus hijos.
- ✓ Dentro de los factores laborales mencionados, el de mayor prioridad es el de presentar un tiempo laboral mayor a 8 horas por

lo cual no disponen del tiempo suficiente para dar de lactar dando como consecuencia optar por otras opciones fuera de la LME.

- ✓ Con respecto al factor económico, es un factor predominante que está presente para que se inicie tempranamente la lactancia mixta en > 6 meses, esto debido a que las madres refieren tener un ingreso mensual adecuado en el hogar, que cubre con sus necesidades básicas, lo que les permite comprar en ciertas ocasiones, otros productos fuera de la leche materna.
- ✓ Dentro de los factores familiares, el factor predominante que está presente para que se inicie tempranamente la lactancia mixta en > 6 meses es el de las creencias de un familiar cercano. Creencias como “el niño necesita agüita porque tiene sed”. “los niños son más fuertes cuando les dan comida”. Las creencias de un familiar o amistades, llegan a influir en la madre o padre para el ingreso de otros alimentos al niño fuera de la leche materna.

5.2 LIMITACIONES

- ✓ Los resultados y conclusiones derivados del presente estudio sólo son válidos y generalizables para una población con similares características a las del presente grupo de sujetos de estudio.

5.3 RECOMENDACIONES

- ✓ Respecto a las estrategias de intervención se sugiere incentivar la capacitación en LM, como parte de las actividades del Programa Articulado Nutricional con énfasis en las prácticas clave relacionadas con la lactancia y la alimentación complementaria, y el fortalecimiento de la capacitación en estos aspectos dentro de los programas de escuelas saludables.

- ✓ Es importante enseñar a las gestantes y mujeres jóvenes, los aspectos fisiológicos básicos sobre la lactancia para que puedan aplicar los principios de la succión eficaz y reconozcan la importancia del buen agarre del pecho por parte del lactante.
- ✓ Puede ser necesario en algunas madres dar un apoyo inicial hasta que se normalice la LM; este podría darse por parte del personal de salud que este en capacidad de visitar las madres inexpertas durante los primeros días posteriores al nacimiento y que observen además la técnica de las madres para ayudarlas a corregir desde el principio aquellos fallos que pudiesen conducir al destete temprano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La lactancia favorece un buen comienzo de la vida. 2005. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod201Beneficios20de20la20lactancia20Para20el20publico20nov2005.pdf>
- (2) United Nations Children's Fund. Facts for life: Why it is important to share and act on information about breastfeeding. 2002.
- (3) U.S. Department of Health and Human Services. Breastfeeding - best for baby. best for mom. Retrieved Nov 19, 2007. Disponible en: <http://www.womenshealth.gov/Breastfeeding/index.cfm?page=home>
- (4). Leite Carvalhaes MAB, García de Lima Parada CM, Plácido da Costa M. Factores asociados a la situación de lactancia materna exclusiva en niños menores de 4 meses en Botucatu-sp, Brazil. Rev. Latino-Am Enfermagen. 2007; 15(1):62-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a10.pdf
- (5) Leon-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington: Pan American Health Organization. 2002.
- (6) UNICEF-México: Hospital Amigo del Niño y de la Madre. México. Secretaría de Salud Materno-Infantil; 1992.
- (7) Pérez Escamilla R. Patrones de la Lactancia Natural en América Latina y el Caribe. Bol Of Sanit Panam, Septiembre, 1993.
- (8) Reglamento de alimentación infantil: Decreto Supremo No. 009-2006-SA / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud, 2006. 34 p. (párrafo en pag. 11)

(9) Wolf JH. Low breastfeeding rates and public health in the United States. Am J Public Health. 2003 Dec; 93(12):2000-10

(10) Organización Mundial de Salud (OMS). 10 Datos sobre la lactancia materna. [Citado en Julio del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

(11) Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de Salud (OMS). La OPS/OMS llama a apoyar a las madres que amamantan para asegurar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses [Citado el 1 de Agosto del 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1204:la-opsoms-llama-a-apoyar-a-las-madres-que-amamantan-para-asegurar-la-lactancia-exclusiva-hasta-los-6-meses&catid=333:arg.03-salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=227

(12)(13)(14)(42) Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de Salud (OMS). Protección de la Lactancia Materna en el Perú. Julio 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8922:protecting-breastfeeding-in-peru&catid=1443:news-front-page-items&lang=es

(15) Navarro Cancino Marilia, Quispe Llanzo Melisa Pamela, Silva Mancilla José Antonio, Factores sociales y culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez EsSalud y el Hospital Regional Docente de Ica- Perú, 2012; [tesis de bachiller en enfermería]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. 2013

(16) Tejada Aguirre Catherine Milagros, Factores que condicionan el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en las Madres de los Comités del Programa Vaso de Leche del Distrito de Chilca. Huancayo – Perú. 2007. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos73/factores-incumplimiento-lactancia-materna-exclusiva/factores-incumplimiento-lactancia-materna-exclusiva2.shtml>

(17) Cairo Lavado Javier, Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y factores asociados en niños nacidos sanos en el Centro Médico Naval en 1998. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Anales de la Facultad de Medicina Vol. 61, Nº 3 – 2000. Págs. 193 - 200 - UNMSM. Lima-Perú 2000.

(18) Oliver Roig, Antonio, “El abandono prematuro de la Lactancia Materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia.” [Tesis para optar el Grado de Doctor en Enfermería] en Alicante-España, en el 2011. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf

(19) Niño M Rosa., Silva E. Gioconda, Atalah S. Eduardo, Factores asociados a la lactancia materna exclusiva, Revista Chilena de Pediatría, vol.83 no.2 Santiago abr. 2012. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007#anexo

(20) Henry Beth A., Nicolau Ana IO., Américo Camila F., Ximenes Lorena B., Bernheim Ruth G., Oria Mónica OB, Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil: una perspectiva a partir del modelo del sol naciente de Leininger”, Revista Enfermería Global. Vol. 9, Nº 19 (2010). Nº Pag. 13.

(21) Londoño Franco Ángela Liliana, Mejía López María Shirley, Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), Vol. 9 (19): 124-137, julio-diciembre de 2010. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol9_n_19/estudios_6.pdf

(22) Navarro Estrella M.; Duque López M.; Trejo Y Pérez J., Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Baja California, México. Rev. Salud Pública Méx. Julio-Agosto 2003; Vol. 45(4):276-284.

(23) WHO, UNICEF. Global Strategy for Infant and Young child feeding. Geneva: WHO, 2003

(24) OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es/

(25) (31) Organización Mundial de Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra-Suiza; 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf>

(26) (33) (34) Ministerio de Salud (MINSA). Reglamento de alimentación infantil: Decreto Supremo No. 009-2006-SA. Dirección General de Salud de las Personas: Perú- Lima, 2006.34 p.

(27) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Lactancia Materna. Perú-Lima; 2006. Disponible en:

http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetas_informativas/lactancia_materna.pdf

(28) Organización Mundial de Salud (OMS). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf

(29)(35) Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. (Monografías de la A.E.P. Nº 5) Barcelona, Febrero 2004. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

(30) Organización Mundial de Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/index.html

(32)(38) Lic. Miranda Pérez Rodolfo, Lic. Hernández Pérez Martha Beatriz y Lic. Cruz Morales Yenisel. Lactancia Materna. Generalidades y Aplicación. Universidad de ciencias médicas de la habana. La Habana 2011.

(36)(43) Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, 2010. 108 p. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf

(37)(39) Organización Mundial de Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Ginebra-Suiza, 2009, 259 p.

(40) Dra. Strain Heather. Lactancia Materna. Departamento de Medicina Familiar. Escuela de Medicina PUC. Disponible en: http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/LActancia20materna_profesionales.pdf

(41) Ministerio de la Protección Social-República de Colombia, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Primera edición Agosto de 2010. Colombia- Bogotá. 121 p. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Beneficiarios/Nutricion-SeguridadAlimentaria/LactanciaMaterna/PlanDecenaldeLactanciaMaterna2010-2020Nov17de2010.pdf>

(44) Organización Mundial de Salud (OMS). Boletín Informativo: ¡El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo! . Washington 2010. 8 p.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud (MINSA). Reglamento de alimentación infantil: Decreto Supremo No. 009-2006-SA. Dirección General de Salud de las Personas: Perú- Lima, 2006.34 p.
2. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. (Monografías de la A.E.P. N° 5) Barcelona, Febrero 2004
3. Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, 2010. 108 p.
4. Ministerio de la Protección Social-República de Colombia, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Primera edición Agosto de 2010. Colombia- Bogotá. 121 p.
5. Hernández, Sampieri, Roberto y otros (2006): Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Editorial Mac Graw Hill. México.
6. Mejía Mejía, Elías y otros (2005): Metodología de la Investigación. Perú. Primera Edición. Editorial UNMSM.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		PÁG.
A	Operacionalización de Variables	I
B	Instrumento	III
C	Consentimiento Informado	VII
D	Tabla de Códigos	VIII
E	Determinación de la muestra	X
F	Tabla Matriz	XI
G	Tabla de concordancia	XIII
H	Datos generales de las madres que acuden al Servicio de CRED del Centro de Salud La Flor. Lima 2014	XIV
I	Factores asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C.S. La Flor	XV
J	Factores individuales asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C.S. La Flor	XVI
K	Factores sociales asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C.S. La Flor	XVII
L	Factores familiares asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C.S. La Flor	XVIII
M	Factores laborales asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C.S. La Flor	XIX
N	Factor económico asociados al inicio temprano de la lactancia mixta en niño(as) < 6 meses en el C.S. La Flor	XX

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional de la Variable	Dimensiones	Indicadores	Valor Final
Factores asociados al Inicio Temprano de la Lactancia Mixta en niños y niñas menores de 6 meses.	Entendemos por factores asociados aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.	Son todas las características y/o situaciones tales como obstétricas, maternas, laborales, familiares y económicas, que las madres de los niños y niñas menores de 6 meses refieren que condicionan al inicio temprano de la lactancia materna mixta, la cual será recolectadas mediante una encuesta.	Factores Individuales	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias anteriores negativas - Parto por cesárea -Inicio de lactancia materna en lugar de parto. - Alojamiento Conjunto después del parto - Problemas de salud materno - Producción inadecuada de leche según la madre. 	Variables Cualitativas Nominales Se realizó a través de 2 ítems: Presente Ausente
			Factores Sociales	<ul style="list-style-type: none"> -Técnica adecuada de Lactancia - Orientación sobre LM antes o durante el embarazo - Madre adolescente -Nivel académico superior - Opinión positiva de la 	

			<p>Factores Laborales</p> <p>Factores Familiares</p> <p>Factores Económicos</p>	<p>madre sobre la importancia de la LME hasta los 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madre trabajadora - Duración > a 8 horas de jornada laboral - Tiempo de lejanía entre madre e hijo(a) por día - Facilidades para la lactancia en el trabajo - Apoyo familiar - Presencia de familiares con creencias sobre LME - Nivel económico adecuado 	
--	--	--	---	--	--

ANEXO B

UNMSM-FM-DAE
EAP-ENFERMERIA
2013

INSTRUMENTO

I. Presentación

Buenos días mi nombre es Haydee Milagros Callata Valladares, estudiante de enfermería de la U.N.M.S.M, en coordinación con la R.S. Túpac Amaru y el C.S. La Flor, me encuentro realizando un estudio de investigación, con el fin de obtener información acerca de los Factores asociados al Inicio Temprano de la Lactancia Materna Mixta en niños y niñas menores de 6 meses . Para la cual se solicita su colaboración expresando los datos recolectados son de carácter anónimo. Agradezco su gentil colaboración y disposición, solicitándole la mayor sinceridad en sus respuestas.

II. Datos Generales

Edad:

Estado civil: 1.Soltera () 2.Casada () 3.Conviviente () 4.Divorciada ()
5. Viuda ()

Grado de instrucción: 1. Analfabeto () 2. Primaria ()
3. Secundaria () 4. Superior ()

Ocupación: 1. Ama de casa () 2.Estudiante () 3.Trabajadora ()

Número de embarazos: 1.Primigesta () 2.De 2 a 4 () 3.De 5 a más ()

Fecha de nacimiento del lactante: Edad del lactante:

*** En esta lactancia, ¿hasta qué edad del niño le dio solo pecho, sin ningún otro alimento?

..... meses

III. Instrucciones

A continuación se le presentará una serie de enunciados, para la cual le pido que conteste a cada uno de ellos marcando con un aspa (X) según sea conveniente.

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?

A. Cesárea () B. Vaginal ()

2. ¿El bebé lactó al momento del nacimiento?

A. Sí B. No

3. ¿Tuvo alojamiento conjunto con su bebé desde su nacimiento hasta salir del hospital?

A. Sí B. No

4. ¿Tuvo orientación previa sobre las ventajas e importancia de la Lactancia Materna?

A. Sí B. No

5. ¿Cuándo fue la primera orientación que tuvo sobre lactancia materna?

A. Antes y durante el embarazo ()

B. Después del parto ()

6. ¿Usted tuvo algún problema de salud por lo cual no pudo seguir con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses? Especifique:

A. Sí B. No Problema:

7.- ¿Según usted, producía suficiente leche materna para poder alimentar a su bebé?

A. Sí B. No

8. ¿Las creencias de algún familiar cercano influyeron a que dejara la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de su bebé?

A. Sí B. No

9. ¿Su pareja y/o familia le apoyaron en la decisión de amamantar?

A. Sí B. No

10. ¿Su pareja y/o familia colaboraron con las labores cotidianas, dándole tiempo para que pueda amamantar?

A. Sí B. No

11. Con el ingreso mensual de su hogar ¿le alcanza para cubrir las necesidades del hogar? (especifica ingreso mensual del hogar:)

A. Sí B. No Ingreso mensual:

***** Si usted tiene más hijos responda:**

12. ¿Dio lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses a sus hijos mayores?

A. Sí B. No

13. ¿Tuvo alguna mala experiencia al amamantar a su demás hijos?

A. Sí B. No

***** Si usted trabaja responda:**

14. El tiempo laboral por día es de:

A. Menos de 8 horas B. De 8 horas a más

15. ¿Considera usted que al día tiene el suficiente tiempo para poder estar con su niño(a) para darle de lactar?

A. Sí B. No. Motivo.....

16. ¿Usted tuvo facilidades para dar de lactar a su hijo durante su horario laboral?

A. Sí B. No

***** Las preguntas a continuación son enfocadas a: Técnica adecuada de lactancia materna e importancia de la LME**

17. Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de lactar a su bebe:



A ()

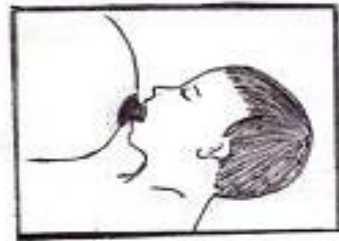


B ()

18. Marque la gráfica correcta de cómo debe colocar la boca de su bebe al pecho para la lactancia:



A ()



B ()

19. Para usted, La alimentación más completa y adecuada para el niño durante los primeros 6 meses de vida es:

- A. Lactancia materna exclusiva.
- B. Lactancia artificial (con fórmulas).
- C. Lactancia mixta (lactancia materna más fórmulas).
- D. Comida y agüitas.

Gracias por su colaboración

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con **DNI N°** _____
a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulado: “FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LAC LACTANCIA MIXTA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES EN EL C.S. LA FLOR. LIMA – 2014”.
Habiendo sido informada del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma

DNI:

ANEXO D

TABLA DE CODIGOS - DATOS GENERALES

PREGUNTA	ALTERNATIVAS	CODIGO
1.- Edad	15-18	1
	19-25	2
	26- 30	3
	31-35	4
	36 a más	5
2.-Estado Civil	Soltera	1
	Casada	2
	Conviviente	3
	Divorciada	4
	Viuda	5
3.-Grado de Instrucción	Analfabeto	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Superior	4
4.- Ocupacion	Ama de casa	1
	Estudiante	2
	Trabajadora	3
5.- Numero de embarazo	Primigesta	1
	de 2 a 4	2
	De 5 a más	3
6.- Edad del niño hasta cuando recibio LME	Menor de 1 mes	1
	De 2 a 3 meses	2
	De 4 a 6 meses	3

TABLA DE CODIGOS – DATOS ESPECIFICOS

PRESENTE - AUSENTE

DIMENSIONES	PREGUNTA	ALTERNATIVA	PUNTAJE
Factores Individuales	1	A	1
	2	B	1
	3	B	1
	6	A	1
	7	B	1
	12	B	1
	13	A	1
Factores Sociales	4	B	1
	5	B	1
	17	A	1
	18	B	1
	19	B,C o D	1
Factores Laborales	14	B	1
	15	B	1
	16	B	1
Factores Familiares	8	A	1
	9	B	1
	10	B	1
Factor Económico	11	A	1

ANEXO E

DETERMINACION DE LA MUESTRA

$$n = \frac{z^2 \times N \times pq}{N-1 (d^2) + z^2 (pq)}$$

Dónde:

N = 144 (Número de niños(as) < 6 meses que acuden al servicio de CRED en el mes)

Z = 1.96 (95 de confiabilidad)

p = 0.50 (característica principal)

q = 0.50 (característica secundaria)

d² = Margen de error permisible establecido por el investigador. (0.05)

$$n = \frac{(1,96)^2 (144) (0,5) (0,5)}{143 (0,05)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)} = \frac{3.8416 (144) 0.25}{0.3575 + 0.9604} = \frac{138}{1.3179} = 104 \text{ madres}$$

Reajuste del tamaño de muestra.

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Donde:

Nf: Corrección por tamaño de muestra.

N: Tamaño Poblacional.

Reemplazando:

$$Nf = \frac{104}{1 + \frac{104}{222}} = \frac{104}{1.468} = 70 \text{ madres}$$

Se tomó como tamaño final para la muestra n=70, con la cual se trabajó en el presente estudio.

ANEXO F TABLA MATRIZ

Nº	Datos Generales							FACTOR INDIVIDUAL							FACTOR SOCIAL					FACTOR LABORAL			FACTOR FAMILIAR			FACTOR ECONOMICO	
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	6	7	11	11	4	5	11	11	11	11	11	11	11	8	9	11	11
1	2	1	4	1	1	3		2	1	1	2	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
2	1	1	3	1	1	3		2	1	1	2	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
3	4	3	3	1	2	3		2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
4	5	3	3	1	2	3		1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	0	0	0	1	1	1		1
5	2	3	3	1	1	2		1	1	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1		2
6	5	3	3	1	2	1		2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
7	2	3	3	1	1	2		2	1	1	2	1	0	0	1	2	2	1	1	0	0	0	1	1	1		1
8	3	2	3	1	2	3		1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	0	0	0	1	1	1		2
9	3	3	2	1	2	3		2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	0	0	0	2	2	1		2
10	4	3	3	1	1	3		2	1	1	2	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
11	2	1	4	1	2	3		2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1		1
12	2	1	3	1	1	1		2	1	1	2	1	0	0	2	2	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
13	5	3	3	1	3	1		2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	0	0	0	1	1	1		2
14	2	3	2	1	2	1		2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
15	2	1	4	3	1	2		1	1	1	2	1	0	0	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1		1
16	2	3	3	1	1	1		1	1	1	2	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1		1
17	4	3	4	3	2	1		2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1		1
18	4	3	4	1	1	1		2	2	2	2	1	0	0	2	2	2	1	1	0	0	0	2	1	2		1
19	2	3	3	1	1	3		2	1	1	2	2	0	0	1	2	2	1	1	0	0	0	1	1	1		1
20	3	3	4	1	2	2		2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	0	0	0	1	1	1		1
21	2	2	4	1	1	3		1	2	2	2	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
22	3	3	3	1	1	3		2	1	1	2	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		2
23	4	2	4	1	1	1		1	1	1	2	2	0	0	2	2	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
24	3	3	3	1	2	3		2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
25	5	2	4	1	2	3		2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	2	2	1		1
26	2	3	3	1	1	3		1	2	1	2	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1		1
27	3	3	3	1	2	3		2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1		2
28	3	3	4	1	1	3		2	1	1	2	1	0	0	1	2	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
29	2	3	3	1	1	3		1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1		1
30	2	5	3	1	1	1		1	2	2	2	2	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1
31	5	3	3	3	3	2		2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1		1
32	1	3	3	1	1	1		1	1	1	1	2	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		2
33	2	1	4	3	1	2		1	1	1	2	2	0	0	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1		1
34	2	5	3	1	1	2		2	1	1	2	2	0	0	2	2	2	1	1	0	0	0	1	2	1		2
35	4	2	2	1	2	2		2	1	1	2	1	1	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1		1

Nº	Datos Generales							FACTOR INDIVIDUAL							FACTOR SOCIAL					FACTOR LABORAL			FACTOR FAMILIAR			FACTOR ECONOMICO
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
36	2	2	2	1	1	2		2	1	1	2	1	1	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1
37	3	4	3	1	1	3		2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1
38	3	3	3	1	1	3		1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	1
39	2	3	3	1	1	3		1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	2
40	4	5	3	1	1	2		2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	2	1	1	1
41	3	3	3	3	3	3		2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1
42	3	3	3	1	1	3		1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	0	0	0	1	1	1	2
43	3	2	3	1	1	2		2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	0	0	0	2	2	1	2
44	3	2	3	1	1	3		2	1	1	2	2	1	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1
45	5	1	2	1	1	3		2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	1
46	3	3	4	1	2	1		2	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1
47	2	3	1	1	2	1		2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	2
48	2	3	2	1	2	1		2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1
49	3	2	2	3	2	2		1	1	1	2	1	1	0	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1
50	5	1	3	1	1	2		1	1	1	1	2	1	0	2	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	1
51	3	5	3	1	1	1		2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	2
52	3	2	3	3	2	1		2	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1
53	3	3	3	1	2	3		2	1	1	2	1	1	0	2	1	2	1	1	0	0	0	2	1	2	1
54	5	3	4	1	1	1		2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	0	0	0	2	1	1	1
55	2	3	3	1	1	2		2	1	1	2	1	1	0	1	2	2	1	1	0	0	0	2	1	1	2
56	3	2	3	1	1	2		2	2	1	2	2	1	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	2
57	4	2	3	1	2	3		1	1	1	2	1	1	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	1
58	3	4	3	1	2	2		2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1
59	5	3	4	1	2	1		2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	2	1	1
60	3	3	4	1	2	1		2	1	1	2	1	1	0	2	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	2
61	3	3	3	1	2	1		2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	2
62	4	3	3	3	1	3		2	1	1	2	1	1	0	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1
63	4	4	3	1	1	3		1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	1
64	3	4	3	1	1	3		2	2	1	2	1	1	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1
65	5	3	3	3	1	1		2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1
66	5	2	3	1	1	1		1	1	2	2	1	2	0	1	2	2	1	1	0	0	0	2	1	1	2
67	5	3	4	1	2	3		2	2	2	2	1	2	0	1	2	2	1	1	0	0	0	2	1	1	2
68	4	3	3	1	2	3		2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	1
69	4	2	3	1	3	3		2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1
70	3	3	3	3	3	1		2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1

ANEXO G

TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

En estas preguntas se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Se ha considerado:

- Favorables : 1 (si)
- Desfavorables : 0 (no)

El instrumento es aceptable ya que la concordancia es significativa, los ítems tienen como resultado <0.05

Se tomaron en cuenta las observaciones realizadas en el ítem 1 y 5.

ANEXO H

**DATOS GENERALES DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD LA FLOR
LIMA 2014**

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las madres de menores de 6 meses en el Centro de Salud "La Flor" - 2014

Total de madres = 70	n	%
Edad de la madre (años)		
15-18	5	7.1
19-25	24	34.3
26- 30	17	24.3
31-35	12	17.1
36 a más	12	17.1
Estado Civil		
Soltera	11	15.7
Casada	7	10
Conviviente	44	62.9
Divorciada	4	5.7
Viuda	4	5.7
Grado de Instrucción		
Analfabeta	1	1.4
Primaria	7	10.0
Secundaria	46	65.7
Superior	16	22.9
Ocupación		
Ama de casa	60	85.7
Trabajadora	10	14.3
Número de embarazos		
Primigesta	39	55.7
de 2 a 4	26	37.1
De 5 a más	5	7.1
Edad hasta que el niño (a) recibió LME		
Menor de 1 mes	22	31.4
De 2 a 3 meses	16	22.9
De 4 a 6 meses	32	45.7

ANEXO I

**FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO
DE LA LACTANCIA MIXTA EN NIÑO(AS) < 6
MESES EN EL C.S. LA FLOR
LIMA-PERU 2014**

FACTORES	TOTAL	
	Nº	%
INDIVIDUALES	50	71,4
SOCIALES	46	65,7
FAMILIARES	27	38,6
LABORALES*	10	100
ECONOMICOS	15	21,4

***Solo diez madres participantes contestaron a este factor ya que trabajan.**

Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014.

ANEXO J

**FACTORES INDIVIDUALES ASOCIADOS AL
INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MIXTA
EN NIÑO(AS) < 6 MESES EN EL C.S. LA FLOR,
SEGÚN ITEMS
LIMA-PERU 2014**

FACTOR INDIVIDUAL	TOTAL	
	Nº	%
Parto por cesárea	20	28,6
LM al momento del parto	13	18,6
Alojamiento conjunto	9	12,9
Problema de salud materna	8	11,4
Producción inadecuada de leche	50	71,4
LME en primeros hijos	10	19,6
Experiencia anterior negativa	8	24,2

Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014.

ANEXO K

FACTORES SOCIALES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MIXTA EN NIÑO(AS) < 6 MESES EN EL C.S. LA FLOR SEGÚN ITEMS LIMA-PERU 2014

FACTOR SOCIAL	TOTAL	
	Nº	%
Orientación previa sobre LME	15	21,4
Orientación previa después del embarazo	20	28,6
Posición inadecuada para la lactancia (madre)	2	2,9
Posición inadecuada para la lactancia(niño)	2	2,9
Importancia de la LME según madre	2	2,9
Madre Adolescente	2	2,9
Nivel Académico no Superior (secundaria)	54	77,1

Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014.

ANEXO L

**FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL
INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MIXTA
EN NIÑO(AS) < 6 MESES EN EL C.S. LA FLOR,
SEGÚN ITEMS
LIMA-PERU 2014**

FACTOR FAMILIAR	TOTAL	
	Nº	%
Creencias de familiar cercano	27	38,6
Sin apoyo de la pareja	6	8,6
Sin apoyo de la familia	2	2,9

Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014.

ANEXO M

**FACTORES LABORALES ASOCIADOS AL
INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MIXTA
EN NIÑO(AS) < 6 MESES EN EL C.S. LA FLOR,
SEGÚN ITEMS
LIMA-PERU 2014**

FACTOR LABORAL	TOTAL	
	Nº	%
Tiempo laboral >8 horas	10	100
No tiene tiempo suficiente para la lactancia	5	50
No tiene facilidades para la lactancia	5	50

Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014.

ANEXO N

**FACTORES ECONOMICO ASOCIADOS AL
INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MIXTA
EN NIÑO(AS) < 6 MESES EN EL C.S. LA FLOR,
SEGÚN ITEMS
LIMA-PERU 2014**

FACTOR ECONOMICO	TOTAL	
	Nº	%
Ingreso mensual adecuado	55	78,6
Ingreso mensual inadecuado	15	21,4

Fuente: Encuesta realizada a las madres de los <6 meses que iniciaron tempranamente la lactancia materna mixta en el Centro de Salud La Flor – 2014.